

IX LECCIONES EN SALUD PÚBLICA Y SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

IX Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

IX Lecciones en Salud Pública y Sociedad e Investigación

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: 978-84-19560-89-6

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN JOVEN MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO Y CRISTINA SERRANO MOVILLA	3
2	HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO: TRATAMIENTO EXPECTANTE VS TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	7
3	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR PESCADO: UN CASO DE ESCOMBROIDOSIS CON SHOCK ANAFILÁCTICO LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA Y MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS	13
4	PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS 19. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE	19
5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN PACIENTE RECIÉN INTERVENIDO DE ILEOSTOMÍA ELENA CANTÓ GARCÍA, LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO Y LLANOS LOPEZ MORA	23

6	ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN UN HEMOCULTIVO	
	ELENA CANTÓ GARCÍA, LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO Y LLANOS LOPEZ MORA	31
7	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	
	ELENA CANTÓ GARCÍA, LAURA TORRES PANCORBO, CARMEN ROMERO NAHARRO, JULIANA HORTELANO HORTELANO Y LLANOS LOPEZ MORA	35
8	HELICOBACTER PYLORI, TRATAMIENTO ERRADICADOR	
	ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	39
9	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
	ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	53
10	HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN EL EMBARAZO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
	MIRIAM CASARES BENITO, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y LORENA DIAZ LOPEZ	71
11	VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	
	MIRIAM CASARES BENITO, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y LORENA DIAZ LOPEZ	77
12	OSTOMÍAS INTESTINALES. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
	MIRIAM CASARES BENITO, MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ, TAMARA PALOMINO MARTIN, ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA Y LORENA DIAZ LOPEZ	83

13 RECOGIDA DE HEMOCULTIVOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS, CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA Y MARIA LEON HERVAS	89
14 ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON PRUEBA TAC CON CONTRASTRE	
MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS, CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA Y MARIA LEON HERVAS	93
15 PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO, ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS, CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA Y MARIA LEON HERVAS	97
16 A INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA, DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO Y JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ	101
17 URGENCIA PEDIÁTRICA POR APENDICITIS Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA, DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO Y JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ	105
18 EL PROCESO DEL CORDÓN UMBILICAL DEL BEBÉ RECIÉN NACIDO Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA	
JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA, DANIEL LOPEZ REY FORTUNA, GONZALO MARTINEZ MARTINEZ, RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO Y JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ	109

19 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ESTER GARCÍA CEBRIÁN, CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN Y MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ	113
20 EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA ESTER GARCÍA CEBRIÁN, CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN Y MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ	119
21 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA LEY DE LA EUTANASIA ESTER GARCÍA CEBRIÁN, CARMEN MUÑOZ GUZMÁN, MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO, RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN Y MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ	123
22 EL ENVEJECIMIENTO ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO	127
23 CUIDADOS EN PACIENTE CON ENFERMERDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	137
24 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL PIE DIABÉTICO VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	141
25 LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SOCIEDAD, EXPUESTO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ, MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR, MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES, ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA Y MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO	145

26	MANEJO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CELIA ARROYO MOLINA, NATALIA AMATE ESCABIAS, ALBA LÓPEZ MARTIN, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y LAURA VARGAS BEAMUD	149
27	INSULINA TÓPICA COMO TRATAMIENTO DE UNA ÚLCERA VASCULAR DE ETIOLOGÍA VENOSA EN MIEMBRO INFERIOR PAULA HERRÁIZ PINO, ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, MARIA ISABEL SOLERA ABAD Y EVA ALONSO GUADAMILLAS	157
28	LA SALUD PÚBLICA: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS GENERALES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN: EL PAPEL DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SALUD PÚBLICA LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ Y ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS	163
29	PROTOCOLO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA COLUMNA LUMBAR ANA ISABEL ALMENA FRANCO, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO	167
30	LA ENFERMERÍA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA, ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO Y LAURA GARCÍA PUÑAL	175
31	MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER SWAN - GANZ FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA, ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO Y LAURA GARCÍA PUÑAL	179

32 ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUE PADECE DE LINFEDEMA A CAUSA DE UN CÁNCER DE MAMA FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA, ALICIA MANRIQUE RUIZ, ALICIA PERAIRA MORAL, HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO Y LAURA GARCÍA PUÑAL	183
33 BIOFILM COMO FACTOR DE RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN ANDREA GÁLLEGO ALISES, MARIA ISABEL SOLERA ABAD, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ, PAULA HERRÁIZ PINO Y EVA ALONSO GUADAMILLAS	187
34 ENFERMERÍA ESCOLAR Y SU SITUACIÓN EN ESPAÑA ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO, EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES Y BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ	191
35 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ARCOIRIS ROCIO DIAZ GUZMAN, LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO, MARIA ROSA MARTINEZ HARO, EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES Y BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ	199
36 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA, ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA Y MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS	205
37 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA, ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA Y MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS	209
38 ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN URGENCIAS YOLANDA TRAPERO MORENO, YOLANDA TORRES ORTEGA, ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN, NURIA BARON ALMANSA Y MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS	213

39	TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE DONACIÓN DE SANGRE CRISTINA DONAIRE RIVERA, CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	219
40	TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES-TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (PET-TAC) MÓVIL CRISTINA DONAIRE RIVERA, CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	223
41	TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA CON INGRESO CRISTINA DONAIRE RIVERA, CAROLINA CAMPOS PÉREZ, ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO, MARTA MARÍN RUIZ Y ALBA LÓPEZ-PELÁEZ	227
42	ASPECTOS GENERALES DE LA VACUNACIÓN CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ Y BELÉN GARCÍA CUETO	231
43	PROTECCIÓN PERSONAL FRENTE A ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ Y BELÉN GARCÍA CUETO	235
44	ANOREXIA NERVIOSA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA IRENE LOPEZ DE LA RIVA	239
45	IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALUD LABORAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA CRISTINA SERRANO MOVILLA, MONTSERRAT COMINO BRUNNER, ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ Y SARA CASTELLANOS CASTRO	243
46	ENFERMERÍA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI, TAMARA OLIVA LEÓN, NEREA CABALLERO CALERO, JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ Y DAVID FUENTES FERNANDEZ	249

47 ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI, TAMARA OLIVA LEÓN, NEREA CABALLERO CALERO, JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ Y DAVID FUENTES FERNANDEZ	253
48 LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL INVESTIGACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI, TAMARA OLIVA LEÓN, NEREA CABALLERO CALERO, JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ Y DAVID FUENTES FERNANDEZ	257
49 INTERVENCIONES SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA. ISABEL RUESCAS CALLEJA, MARIA LUISA ROMERO ALONSO Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	261
50 EFECTOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL EN PACIENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA ELSA MOLINERO CASTAÑEDA, LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ, SARA CASTELLANOS CASTRO, CRISTINA SERRANO MOVILLA Y MONTSERRAT COMINO BRUNNER	267
51 RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE ALÉRGICO SOBRE MASCOTAS Y OTROS ANIMALES ANA ISABEL MOLINA MATITO, IRENE CAMACHO RODRIGUEZ, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO	273
52 ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO PRENATAL Y PERINATAL ANA ISABEL MOLINA MATITO, IRENE CAMACHO RODRIGUEZ, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO	277
53 EL ACEITE DE OLIVA: BENEFICIOS E INFLUENCIAS EN NUESTRO ORGANISMO ANA ISABEL MOLINA MATITO, IRENE CAMACHO RODRIGUEZ, ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO, AMPARO GOMEZ ESPINOSA Y VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO	281

54	AUTOPERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS MAYORES VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	287
55	LA EFECTIVIDAD DE LA DIETA CETOGÉNICA COMO TERAPIA EN LA EPILEPSIA INFANTIL ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	295
56	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE ENFERMERÍA ESCOLAR EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS MARIA ISABEL SOLERA ABAD, PAULA HERRÁIZ PINO, EVA ALONSO GUADAMILLAS, MARÍA CHICANO MARTÍNEZ Y ANDREA GÁLLEGO ALISES	301
57	DIABETES EN EL ANCIANO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO, PAULA CUERDA LLORET, SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS Y MARTA PÉREZ INOCENCIO	313
58	EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA Y LA FIGURA DEL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA JOSE LUIS TOLMOS RIVERA	319
59	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EMBARAZO NO DESEADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DESDE LA BIOÉTICA ANA ISABEL MOYA RINCÓN, CELIA SÁNCHEZ CASAS, TAMARA NOVA VALERO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y LISAIDA REINA TRUJILLO	323
60	REVISION BIBLIOGRAFICA: ABORTO EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERIA Y LA BIOÉTICA ANA ISABEL MOYA RINCÓN, CELIA SÁNCHEZ CASAS, TAMARA NOVA VALERO, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ Y LISAIDA REINA TRUJILLO	327

61	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA ANA ISABEL MOYA RINCÓN, CELIA SÁNCHEZ CASAS, ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ, TAMARA NOVA VALERO Y LISAIDA REINA TRUJILLO	331
62	RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON CÁLCULOS BILIARES BEATRIZ RUIZ GALACHE, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ, AIXA CASILDAS GÓMEZ Y BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ	335
63	RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE RIÑÓN BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ Y AIXA CASILDAS GÓMEZ	339
64	RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LA RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL BANCO DE SANGRE BEATRIZ RUIZ GALACHE, BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ, MARIA ISABEL RUS ORTEGA, ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ Y AIXA CASILDAS GÓMEZ	343
65	LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD MARIA LUISA ROMERO ALONSO, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES	347
66	ENFERMERÍA Y SANEAMIENTO DEL AGUA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES, ISABEL RUESCAS CALLEJA Y MARIA LUISA ROMERO ALONSO	351
67	INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ENTORNO ESCOLAR ROCIO DIAZ GUZMAN	357

68 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL	
ROCIO DIAZ GUZMAN	363
69 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIABETES MELLITUS TIPO I	
ROCIO DIAZ GUZMAN	369
70 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA OBSTÉTRICA: MEDICAMENTOS DE RIESGO EN EL ÁREA DE LA ENFERMERÍA	
SARA BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN Y ANDREA MURCIA VILLALBA	377
71 VALORACIÓN Y AUTOCUIDADO DEL PIE DIABÉTICO EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA	
SARA BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN Y ANDREA MURCIA VILLALBA	381
72 VÍA INTRAÓSEA: VENTAJAS, INDICACIONES Y EMPLEO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS POR PARTE DE LOS ENFERMEROS	
SARA BASCUÑANA NIETO, MARIA RUIZ HOLGADO, ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS, AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN Y ANDREA MURCIA VILLALBA	387
73 ABORDAJE DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL RECIÉN NACIDO	
JAVIER ROMERO PÉREZ Y EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES	393
74 LAS REDES SOCIALES Y EL IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL.	
JULIA LERIDA CAMUÑAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, LAURA CAMACHO CUESTA Y NATALIA MARTÍN MACÍAS	399
75 LA CONDUCTA SUICIDA: UN PROBLEMA SOCIO-SANITARIO EN LA ACTUALIDAD.	
JAVIER MARTÍN MACÍAS, FRANCISCO MAROTO ESTRADA, NATALIA MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS Y LAURA CAMACHO CUESTA	405

76	ROL DE LA ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA, CORAL GARCÍA GUIJARRO, TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN CARRERES Y MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA	411
77	IMPACTO DEL CUIDADO DE LOS NIETOS EN LA SALUD DE SUS ABUELOS FLORENTINA DIANA LAMBRU, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	415
78	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL DE GESTANTES ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO	425
79	HÁBITOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN POBLACIÓN ADULTA FRANCISCO MAROTO ESTRADA, JAVIER MARTÍN MACÍAS, JULIA LERIDA CAMUÑAS, LAURA CAMACHO CUESTA Y NATALIA MARTÍN MACÍAS	431
80	REPERCUSIÓN DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS AL PACIENTE HOSPITALARIO NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, EVA ALONSO MORALES, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, NOELIA VARGAS MUÑOZ Y ANA SÁNCHEZ ROSILLO	441
81	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA VACUNA DE LA GRIPE MARIA ISABEL INIESTA TEBAR, CARLOS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, JOSE LUIS MOLINA INIESTA Y NURIA GOMEZ JARILLO	445

- 82 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN Y LAS FUNCIONES EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DISFAGIA**
MARIA ISABEL INIESTA TEBAR, CARLOS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, JOSE LUIS MOLINA INIESTA Y NURIA GOMEZ JARILLO 449
- 83 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL TRIAJE EN URGENCIAS.**
MARIA ISABEL INIESTA TEBAR, JOSE LUIS MOLINA INIESTA, JAVIER MOLINA INIESTA, CARLOS MOLINA INIESTA Y NURIA GOMEZ JARILLO 453
- 84 LA MÚSICA COMO CUIDADO EN LA PRÁCTICA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE SOMETIDO A CUIDADOS PALIATIVOS**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA, EVA ALONSO MORALES, NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS, ANA SÁNCHEZ ROSILLO Y NOELIA VARGAS MUÑOZ 457
- 85 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON BOTULISMO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA, CORAL GARCÍA GUIJARRO, TAMARA CABAÑERO CONTRERAS, GONZALO ALARCÓN CARRERES Y MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA 463
- 86 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE QUE SUFRE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.**
ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, LAURA VARGAS BEAMUD, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y CELIA ARROYO MOLINA 469
- 87 EFECTOS DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**
FRANCISCO LÓPEZ CANO, VIRGINIA MERINO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA CASTELLANOS FRANCO 473

88 PREVENCIÓN ENFERMERA Y EFECTOS ADVERSOS EN LA SALUD POR EL USO DEL CIGARRILLO ELECTRÓNICO FRANCISCO LÓPEZ CANO, VIRGINIA MERINO GARCIA, ALEXANDRA LAZAR, DAVID RONCERO GARCIA Y JULIA CASTELLANOS FRANCO	479
89 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL ALBA LÓPEZ MARTIN, NATALIA AMATE ESCABIAS, CELIA ARROYO MOLINA, BLANCA HERRERO ALCAIDE Y LAURA VARGAS BEAMUD	485
90 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA RELIZACIÓN DE UNA GAMMAGRAFÍA CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER Y NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ	489
91 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE HEMORROIDES GRAVES CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER Y NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ	493
92 COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INFARTO CEREBRAL CAMILA MARÍA TERCERO ABAD, MARINA MORALES QUIRALTE, ELENA MARTINEZ ALFARO, PAULA MONREAL BRUNNER Y NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ	497
93 ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO POR ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ALEXANDRA LAZAR, VIRGINIA MERINO GARCIA, DAVID RONCERO GARCIA, FRANCISCO LÓPEZ CANO Y JULIA CASTELLANOS FRANCO	501

94 COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA. PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS GENERALES.	
Alicia Márquez Trujillo, Raquel Martín Gallego, Maria Angela Valero Mancebo, Esperanza Sanchez Ortiz y Angel Luis Laguna Carrero	507
95 OXIUROS. SINTOMAS Y METODO DE DIAGNOSTICO, TEST DE GRAHAM	
Alicia Márquez Trujillo, Raquel Martín Gallego, Maria Angela Valero Mancebo, Esperanza Sanchez Ortiz y Angel Luis Laguna Carrero	511
96 TUBERCULOSIS. TIPOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. FACTORES DE RIESGO EN EL PROFESIONAL SANITARIO	
Alicia Márquez Trujillo, Raquel Martín Gallego, Maria Angela Valero Mancebo, Esperanza Sanchez Ortiz y Angel Luis Laguna Carrero	515
97 ENFERMERÍA EN UNIDADES DE RADIODIAGNÓSTICO: PRODUCTOS DE CONTRASTE	
Beatriz Castillo Monteagudo	519
98 IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.	
María Ángeles Miñano Ortega, Coral García Guijarro, Tamara Cabañero Contreras, Gonzalo Alarcón Carreres y María Dolores Gallego Rosa	523
99 ACTUACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO HOSPITALARIO POR INFECCION DE ORINA	
Mari Carmen Ramírez de Arellano Gómez del Pulgar, Carmen Sanchez Montañes Martin Pozuelo, Laura Andarias Moraleda, Ana María Fernández Moreno y Antonio Galiano Jurado	527

100 ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS	
CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO, MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL PULGAR, ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO	531
101 FATIGA PANDÉMICA: EFECTOS Y CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR LA PANDEMIA SARS- COVID-2 EN LA POBLACIÓN	
LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARLOS VERA HERVÁS	535
102 LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TRABAJO A TURNOS ROTATORIOS EN LOS SANITARIOS	
MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS, LIRIA CHAMORRO RUFO, SONIA BRICEÑO GARCÍA, SANDRA CASTELLANOS CUEVAS Y LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA	545
103 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO	
MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO Y GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ	549
104 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	
MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO Y GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ	553
105 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA	
MARTA DE BODAS DEL CERRO, ESTELA CID SANCHEZ, MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO, ANDREA TOLEDANO GORDO Y GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ	557

106 ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	
ANTONIO GALIANO JURADO, LAURA ANDARIAS MORALEDA, LEACIR MARIA RIGOTTI SOUZA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO Y CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO	561
107 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA UNIDAD FAMILIAR	
LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARLOS VERA HERVÁS	565
108 EFECTIVIDAD DE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN HOMBRES	
MARIA HORNA MARTINEZ	571
109 INMIGRACIÓN Y SALUD. GRUPOS MARGINALES. EL TRATO DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LOS INMIGRANTES	
LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA, CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ, ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO, MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO Y CARLOS VERA HERVÁS	577
110 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y EL CORRECTO MANEJO DE LAS DIFERENTES VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
PATRICIA MELERO ALEGRIA, SARA PAJARON BUENACHE, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	587
111 PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE QUIRÓFANO	
PATRICIA MELERO ALEGRIA, SARA PAJARON BUENACHE, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	591

112 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y EL PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS PATRICIA MELERO ALEGRIA, SARA PAJARON BUENACHE, DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ, NOELIA CABEZA GARROTE Y CARLA GEOVANNA LEVER	595
113 ENFERMERÍA EN GINECOLOGÍA: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA EVALUAR LA FERTILIDAD MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO	599
114 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL BEBE QUE SUFRE DE CÓLICOS DEL LACTANTE SARA POZO SANTIAGO, JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE Y BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS	605
115 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA SARA POZO SANTIAGO, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS, LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ Y JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA	611
116 LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA Y SU LABOR SANITARIA EN LOS PACIENTES QUE SUFREN DE GANGRENA DE FOURNIER SARA POZO SANTIAGO, MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ, JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA, BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS Y LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE	617
117 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ANCIANO CON DEPRESIÓN ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	623
118 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	627

119	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ, CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO, ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ Y ISIDORA ROMÁN CASADO	631
120	ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SONDAJE VESICAL DEL PACIENTE MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ, ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ Y MARTA GARCÍA SÁNCHEZ	635
121	INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA CON RECIÉN NACIDOS RAQUEL PORTAS RIOS	639
122	MEDIDAS PREVENTIVAS A APLICAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ULCERAS POR PRESIÓN MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ, MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO, MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ Y ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN	643
123	LA ESQUIZOFRENIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA M JOSE BONILLA DELGADO, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE Y TERESA ALFARO GONZÁLEZ	649
124	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA M JOSE BONILLA DELGADO, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO, MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE Y TERESA ALFARO GONZÁLEZ	653

- 125 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**
M JOSE BONILLA DELGADO, MARÍA LÓPEZ CABAÑERO,
MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ, NAZARET DE LA FUENTE
DE LA FUENTE Y TERESA ALFARO GONZÁLEZ 657
- 126 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS**
VERÓNICA MORENO ESCRIBANO, ANA MARÍA REOLID EGIDO Y
GEMA BOTELLA ANDÚJAR 661
- 127 EQUIPOS DE TRABAJO EN SANIDAD: IMPORTANCIA, FUNCIONES
Y BENEFICIOS**
M^a ADELA GARCIA MENENDEZ 665
- 128 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ
FRANCISCO REQUENA CANO, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO
MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 673
- 129 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL**
AZUCENA GOMEZ MIGUEL 677
- 130 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS COMO PREVENCIÓN
DE ENFERMEDADES. TIPOS DE LAVADO DE MANOS**
CARMEN RODRÍGUEZ ASLA 681
- 131 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS
CUIDADOS A PACIENTES CON EPOC**
YOLANDA SANTAELLA DIAZ, M^a NIEVES CUTANDA GARCIA,
FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO CHAVEZ
ROMERO Y NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA 687

- 132 EL IMPORTANTE PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS**
NOELIA VILLACRECES MUÑOZ, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS Y
MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS **691**
- 133 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA EPISTAXIS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
NOELIA VILLACRECES MUÑOZ, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS Y
MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS **695**
- 134 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL LABORATORIO CLÍNICO**
NOELIA VILLACRECES MUÑOZ, LOURDES MARÍA GARCÍA CECA,
VANESSA LÓPEZ AGUILAR, ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS Y
MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ DE MARCOS **699**
- 135 ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE LA PROGRAMACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. EL OBJETIVO DE ALCANZAR UNA VIDA SALUDABLE**
REGINA CONDE GONZÁLEZ **703**
- 136 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, SAIRA PATRICIA MENDOZA
BELTRAN, ASUNCION GONZALEZ TORRES, JOSEFA BELEN
ABELLAN ABELLAN Y CATALINA MORENO BRAVO **711**
- 137 EL TÉCNICO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL UROCULTIVO EN EL PACIENTE INGRESADO**
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, CATALINA MORENO BRAVO,
SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN, ASUNCION GONZALEZ
TORRES Y JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN **715**

138 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TERMINAL PAMELA MARTÍNEZ CARPENA, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS Y CELIA LISON MARTINEZ	719
139 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PAMELA MARTÍNEZ CARPENA, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS Y CELIA LISON MARTINEZ	723
140 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ, ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ Y MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO	727
141 HEMODIÁLISIS. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA NURIA CEPEDAL FERRER	731
142 LA MUSICOTERAPIA EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER NURIA CEPEDAL FERRER	735
143 PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA INTERVENIR EN LA OBESIDAD INFANTIL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EMÉRITA ALLENDE ELVIRA	739
144 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL SONDAJE VESICAL ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA Y MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE	743

- 145 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, CATALINA MORENO BRAVO,
ASUNCION GONZALEZ TORRES, SAIRA PATRICIA MENDOZA
BELTRAN Y JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN 747
- 146 CENTRO DE ANTECION PRIMARIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, M^a NIEVES CUTANDA
GARCIA, FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ, MERCY DEL ROCIO
CHAVEZ ROMERO Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 751
- 147 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y EL CUIDADO DE LA Sonda NASOGÁSTRICA. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE LA COLOCACIÓN DE LA Sonda NASOGÁSTRICA**
GEMA ILLESCAS, ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE
GONZÁLEZ Y CARMEN CÁRDENAS LARA 755
- 148 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO HOSPITALARIO. TIPOS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO**
ROSA CARO GARCÍA, MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ, CARMEN
CÁRDENAS LARA Y GEMA ILLESCAS 759
- 149 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) DURANTE LOS CUIDADOS POST- MORTEM DEL PACIENTE FALLECIDO**
MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ, CARMEN CÁRDENAS LARA, GEMA
ILLESCAS Y ROSA CARO GARCÍA 763
- 150 LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**
JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, JAIME PONCE ALFARO,
RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO
MORENO Y MARIA CORTES MOLINA TORRALBA 767

- 151 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL
PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO Y MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ 773
- 152 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN: PRINCIPALES FUNCIONES
PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO, GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL Y LAURA GARCIA NAVARRO 777
- 153 PROTOCOLO HOSPITALARIO Y MEDIDAS EN EL QUIRÓFANO JUNTO CON LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ 781
- 154 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS
LAURA ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ 785
- 155 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS DE NEUROLOGÍA
LAURA ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ 789
- 156 EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS OFTALMOLÓGICAS DE AVASTINES
LAURA ZARZA AVILA, FELICIDAD MEZCUA LOPEZ, SILVIA ELENA ARCUS, CRISTINA CENCERRADO RUIZ Y MIRIAM ABAD LÓPEZ 793

- 157 LA UNIDAD DE QUEMADOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO Y MARIA JULIANA BURILLO TOMAS 797
- 158 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE SUFREN UN ATAQUE DE EPILEPSIA
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO Y MARIA JULIANA BURILLO TOMAS 803
- 159 LA AYUDA DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA LACTANCIA A PACIENTES QUE ACABAN DE DAR A LUZ EN EL CENTRO HOSPITALARIO
CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ, ARMANDO MARTÍN AMBROSIO, MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN, CATALINA POVEDA RUBIO Y MARIA JULIANA BURILLO TOMAS 807
- 160 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS Y PREVENCIÓNES DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN
ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU 811
- 161 RIESGOS LABORALES. EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN INCENDIO
JAIME PONCE ALFARO, JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO, FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO, MARIA CORTES MOLINA TORRALBA Y RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA 815
- 162 ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE CONVULSIONES Y EPILEPSIA
SILVIA MARTÍN GARCÍA, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN, ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LUCIA PELAEZ NUÑEZ Y LORENA CÉSPEDES SIERRA 819

- 163 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO**
SILVIA MARTÍN GARCÍA, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN,
ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LUCIA PELAEZ
NUÑEZ Y LORENA CÉSPEDES SIERRA 823
- 164 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CELIACO**
SILVIA MARTÍN GARCÍA, GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN,
ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO, LUCIA PELAEZ
NUÑEZ Y LORENA CÉSPEDES SIERRA 827
- 165 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS A PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)**
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR
MUÑOZ, ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ Y
JACOBO ARIAS LIZCANO 831
- 166 PLANTA DE CARDIOLOGÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR
MUÑOZ, ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ Y
JACOBO ARIAS LIZCANO 837
- 167 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON USUARIOS DEPENDIENTES EN UN CENTRO DE DÍA**
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES, ESMERALDA AGUILAR
MUÑOZ, ELENA ROPERO MUELA, DIANA FLORES FERNÁNDEZ Y
JACOBO ARIAS LIZCANO 841
- 168 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN LA CURA DE HERIDAS**
ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO,
ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ
RODRIGUEZ Y LETICIA ALHAMBRA CORONADO 845

169	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) UNA VEZ QUE EL PACIENTE HAYA FALLECIDO ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO, ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ Y LETICIA ALHAMBRA CORONADO	849
170	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS ADELAIDA SANCHEZ SORIANO, ROCIO GUTIERREZ CARRASCO, ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ Y LETICIA ALHAMBRA CORONADO	853
171	LOS TÉCNICOS AUXILIARES EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE), CAMBIOS POSTURALES Y SUS BENEFICIOS MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ, ESTER MORENO MORA, MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE, ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA Y ISABEL MATA ESCRIBANO	857
172	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TROMBOEMBOLIAS VENOSAS CRISTINA GAHETE PAREJA, M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, MARÍA LOZANO LÓPEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO	861
173	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN CITOSCOPIAS CRISTINA GAHETE PAREJA, MARÍA LOZANO LÓPEZ, VICTOR MOLINA SUAREZ, M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO	865
174	EL PACIENTE POSTOPERADO: CUIDADOS QUE DEBE BRINDAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	869
175	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESPIROMETRÍAS CRISTINA GAHETE PAREJA, VICTOR MOLINA SUAREZ, MARÍA LOZANO LÓPEZ, M.SOLEDAD GOMEZ GONZÁLEZ Y ROCIO GARCIA PUNZANO	873

- 176 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO
HOSPITALARIO**
VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ, ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN
TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA Y DIANA GARCÍA
DE LOS REYES 877
- 177 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO**
VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ, ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN
TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA Y DIANA GARCÍA
DE LOS REYES 881
- 178 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS
PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE ASMA**
VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ, ISABEL CASTILLO PASCUAL, BELEN
TORRESANO MOTA, SARA RIVERO CARMONA Y DIANA GARCÍA
DE LOS REYES 885
- 179 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO
DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL**
SANDRA MELLINAS GARCIA, ANA TERCERO ALFARO, SONIA
FAJARDO MELLINAS, ESMERALDA SEVILLA MORENO Y EVA
MARIA GARCIA REBOLLOSO 889
- 180 LA PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LAS VISITAS A DOMICILIO DE PACIENTES
PALIATIVOS**
MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO, M^a NIEVES CUTANDA
GARCIA, NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA, FRANCISCA
GOMEZ MARTINEZ Y YOLANDA SANTAELLA DIAZ 893
- 181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
LABOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL**
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA
GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA Y MARIA DEL
PILAR MARTINEZ MAESO 897

- 182 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA NUTRICIÓN ENTERAL**
ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN, MARTA GOMEZ ROJAS Y MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO 901
- 183 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**
ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN, MARTA GOMEZ ROJAS Y MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO 905
- 184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA Y MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO 911
- 185 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL ESTOMA**
ANA MARÍA REOLID EGIDO, GEMA BOTELLA ANDÚJAR Y VERÓNICA MORENO ESCRIBANO 915
- 186 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO**
DIEGO LÓPEZ PONCE, TAMARA BERTOL GÓMEZ, ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA, NURIA LOZANO ALGABA Y MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO 919
- 187 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DEPRESIVO. ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE, VANESA ROMAN SEGURA, M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN Y ANTONIA MARTÍNEZ CANO 923

- 188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)
DURANTE LA ADMINSTRACIÓN DE FÁRMACOS ORALES.
PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA DURANTE LA
ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ORALES
VANESA ROMAN SEGURA, M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN,
ANTONIA MARTÍNEZ CANO Y LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE 927
- 189 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL
SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE
LA MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN DEL MATERIAL ESTÉRIL
M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN, ANTONIA MARTÍNEZ CANO,
LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE Y VANESA ROMAN SEGURA 931
- 190 INNOVACIONES EN LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA PARA LOS
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ESTELA SUAREZ CAO 935
- 191 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
PACIENTE CON LUPUS
GABRIELA-VALY BIRLEA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN, LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ Y
MARÍA MARTÍN-FORERO MORA 939
- 192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SÍNDROME DE X-FRAGIL
GABRIELA-VALY BIRLEA, SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA
MARTÍN-FORERO MORA, PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN Y LUIS
MIGUEL AZAÑA MORCUENDE 943
- 193 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL ENFERMO CON SÍNDROME DE MOEBIUS
GABRIELA-VALY BIRLEA, LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE,
SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN-FORERO MORA Y
PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN 947

- 194 PACIENTES CON ALZHEIMER. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO Y REMEDIOS LOZANO TALAVERA 953
- 195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**
CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA Y CARMEN RUIZ RUIZ 957
- 196 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS**
CRISTINA GARCÍA BLANCO, MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA Y CARMEN RUIZ RUIZ 961
- 197 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SU TRABAJO CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO Y REMEDIOS LOZANO TALAVERA 965
- 198 TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO**
LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO, MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA, EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO Y REMEDIOS LOZANO TALAVERA 969
- 199 ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
NICOLE CHICO CORRAL, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID Y BELÉN SANCHEZ RUIZ 973

200	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO NICOLE CHICO CORRAL, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID Y BELÉN SANCHEZ RUIZ	977
201	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON CANDIDIASIS NICOLE CHICO CORRAL, NATALIA LOPEZ GARCIA, MÓNICA ROSA MORENO LALIGA, ANA ISABEL NOTARIO MADRID Y BELÉN SANCHEZ RUIZ	981
202	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ELECTROCARDIOGRAMA MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO, LAURA MARTÍNEZ CANTOS, MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA, CARMEN RUIZ RUIZ Y CRISTINA GARCÍA BLANCO	985
203	CÓMO VIVIR CON PSORIASIS Y CÓMO ESTA NOS AFECTA A NIVEL PSICOLÓGICO FRANCISCO PÉREZ CAO	989
204	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LO IMPORTANTE DE TENER EMPATÍA JENNIFER PEREZ HERRERA, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS, ELENA GÓMEZ PALOMO Y ROCIO ROJO MERCHANT	993
205	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y SUS FUNCIONES ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA M TORIJA BARRAGÁN	997
206	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES JUBILADAS, ELABORADO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA REGINA CONDE GONZÁLEZ	1001

207	CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA MARTA QUIRÓS CAÑAS, CATALINA ALMENDROS MESIAS Y EVA MARIA ALARCON AVELLANO	1005
208	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA MARTA QUIRÓS CAÑAS, EVA MARIA ALARCON AVELLANO Y CATALINA ALMENDROS MESIAS	1009
209	INTRODUCCIÓN A LA RELACIÓN ENTRE EL EJERCICIO FÍSICO Y CÓMO AFECTA POSITIVAMENTE A LA SALUD MENTAL SUSANA GUIJARRO TEIMIL Y OLIVA VILAR BOTO	1013
210	INSOMNIO. UN PROBLEMA DE SALUD DE LA FORMA DE VIDA ACTUAL FRANCISCO PÉREZ CAO	1019
211	ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SUSANA GUIJARRO TEIMIL Y OLIVA VILAR BOTO	1023
212	LA SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARTA QUIRÓS CAÑAS, CATALINA ALMENDROS MESIAS Y EVA MARIA ALARCON AVELLANO	1027
213	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA ELENA GÓMEZ PALOMO, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ, SILVIA JOVER SABARIEGOS, JENNIFER PEREZ HERRERA Y ROCIO ROJO MERCHAN	1031
214	AFECTACIÓN DE LA SALUD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ	1035

- 215 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PSICOLOGÍA**
LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA,
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ Y
EUGENIA PARDO DE LA CUADRA **1039**
- 216 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA**
LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA,
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ Y
EUGENIA PARDO DE LA CUADRA **1043**
- 217 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**
LUCIA SANTOS ESCALONILLA, LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA,
TERESA SANCHEZ-DIEZMA, CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ Y
EUGENIA PARDO DE LA CUADRA **1047**
- 218 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS DISTINTOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS**
PAMELA MARTÍNEZ CARPENA, RAQUEL MARÍN PEÑA, ANGELES
SANCHEZ MESEGUER, ANA CELIA MENDOZA ARCAS Y CELIA
LISON MARTINEZ **1053**
- 219 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA POR SONDA VESICAL**
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA,
MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ Y
LORENA GONZÁLEZ TERCERO **1059**
- 220 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE SANGRE Y ORINA**
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA,
MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ Y
LORENA GONZÁLEZ TERCERO **1063**

- 221 ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON EPISTAXIA POSTERIOR.**
MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO, GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT ESCUDERO RAMOS Y YOLANDA ROMERO DIAZ 1067
- 222 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LAS CONSULTAS DE GINECOLOGÍA**
LOURDES REDONDO SANTAMARÍA, MARIA JOSEFA JAEN GARCIA, MARIA CORTES CARREÑO LOSA, MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ Y LORENA GONZÁLEZ TERCERO 1071
- 223 ACTUACIÓN GENERAL EN LA DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES**
MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS 1075
- 224 PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS TCAE.**
ESTRELLA TALENS GONZALEZ, ANA M TORIJA BARRAGÁN Y ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1079
- 225 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL**
ROCIO MORENO CHINCHILLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, INMACULADA INIESTA SANCHEZ Y MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA 1083
- 226 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y LOS PRIMEROS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO**
ROCIO MORENO CHINCHILLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, INMACULADA INIESTA SANCHEZ Y MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA 1087
- 227 TIPOS Y USOS DE LOS DRENAJES Y SU APLICACION POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.**
ROCIO MORENO CHINCHILLA, HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA, FRANCISCA BLAZQUEZ PLA, INMACULADA INIESTA SANCHEZ Y MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA 1091

- 228**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EXTRACCIÓN DRENAJE QUIRÚRGICO ASPIRATIVO CERRADO CON DEPÓSITO DE BULBO-GRANADA
MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO, GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT ESCUDERO RAMOS Y YOLANDA ROMERO DIAZ 1095
- 229**TÉCNICO EN CUIDADO DE AUXILAR DE ENFERMERÍA Y PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS
MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO, GEMA COELLO, ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ, JUDIT ESCUDERO RAMOS Y YOLANDA ROMERO DIAZ 1099
- 230**ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN SÍNCOPE
ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ, JANIS SÁNCHEZ CORRAL Y PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA 1103
- 231**EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN DENTRO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, SONIA GALINDO LOPEZ, JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1107
- 232**EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN EXITUS
SONIA GALINDO LOPEZ, MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ, JANIS SÁNCHEZ CORRAL, PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA Y ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA 1111
- 233**ABSENTISMO LABORAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL
ANGELA QUIROGA CASTELLANOS, DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ, NURIA SANTOS FERNÁNDEZ, SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ Y PILAR LÓPEZ BRAÑA 1115

- 234MOBBING ENTRE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO DEL HOSPITAL: UNA EPIDEMIA SILENCIOSA**
MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ, ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO, LAURA LLERA DIAZ Y LILIANA LÓPEZ PASTOR 1119
- 235GRADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. ORIENTACIONES AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MERCEDES TENDERO ALARCON, TOMÁS GARCÍA TENDERO, NURIA CÁRCELEN PÉREZ, OLGA NAVARRO CIFUENTES Y JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1125
- 236MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MEDIO. CUIDADOS TERAPEÚTICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MERCEDES TENDERO ALARCON, OLGA NAVARRO CIFUENTES, NURIA CÁRCELEN PÉREZ, TOMÁS GARCÍA TENDERO Y JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ 1131
- 237ACOSO SOCIAL A UNA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA**
MERCEDES TENDERO ALARCON, OLGA NAVARRO CIFUENTES, TOMÁS GARCÍA TENDERO, JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ Y NURIA CÁRCELEN PÉREZ 1137
- 238EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA QUIMIOPROFILAXIS DE LAS VACUNAS DEL PERSONAL SANITARIO**
PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE, ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1141
- 239EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS PACIENTES CON INTERVENCION QUIRÚRGICA DE CÁNCER DE MAMA**
PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE, ROCÍO GÓMEZ CAMACHO, CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1145

- 240EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA**
PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE, ROCÍO GÓMEZ CAMACHO,
CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ, YOANA MUÑOZ CÓRDOBA Y MARÍA
JOSÉ PASAMONTES MARTÍN 1151
- 241EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA A UN PACIENTE**
MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE, ANA BELÉN FERNÁNDEZ
RIVERA, ISABEL MATA ESCRIBANO, MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ
Y ESTER MORENO MORA 1157
- 242EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL LAVADO CORRECTO DE MANOS**
ROCIO ROJO MERCHAN, MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ,
SILVIA JOVER SABARIEGOS, JENNIFER PEREZ HERRERA Y ELENA
GÓMEZ PALOMO 1161
- 243COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EXITUS DE UN PACIENTE**
PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA,
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO Y RAQUEL PIÑERO BLANCO 1165
- 244COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ENDOCARDIOGRAMA**
PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA,
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO, RAQUEL PIÑERO BLANCO Y
NURIA ALFARO LA ORDEN 1169
- 245PAPEL Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE QUE SUFRE TRASTORNOS MENTALES**
RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, VERÓNICA PLAZA MORENO,
HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS Y
MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO 1173

- 246 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, VERÓNICA PLAZA MORENO, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS Y MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO 1177
- 247 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO, MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS, HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ Y VERÓNICA PLAZA MORENO 1183
- 248 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE FARMACIA
LAURA MARTINEZ BENEITEZ 1189
- 249 TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES TERMINALES. CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA
MANUELA RAMOS PAREJO, MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1193
- 250 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
MANUELA RAMOS PAREJO, MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1197
- 251 EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON ANESTESIA GENERAL
MANUELA RAMOS PAREJO, MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS, MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ, MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1201
- 252 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA
MARTA GRIMALDOS HERREROS, VERÓNICA VERGARA VERGARA Y PILAR GALIANO PUERTAS 1205

- 253EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL MANEJO DE CATÉTER ARTERIAL RADIAL EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS
MARTA GRIMALDOS HERREROS, VERÓNICA VERGARA VERGARA
Y PILAR GALIANO PUERTAS 1209
- 254ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ANCIANOS
NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ Y CRISTINA ARANA OSMA 1213
- 255EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES
GERIÁTRICOS
JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, LOURDES FERRERA CAMACHO,
CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE
RAMIREZ MARTIN 1217
- 256TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN ATENCIÓN PRIMARIA: FUNCIONES A DESARROLLAR EN
CENTRO DE SALUD
JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, LOURDES FERRERA CAMACHO,
CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE
RAMIREZ MARTIN 1221
- 257LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
SANITARIAS HOSPITALARIAS.
LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ 1225
- 258LOS CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA ACERCA DE LAS SUJECCIONES FÍSICAS Y
QUÍMICAS EN EL ANCIANO
JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN, LOURDES FERRERA CAMACHO,
CARMEN CID PARRO, NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA Y IRENE
RAMIREZ MARTIN 1229

- 259EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN EN LAS CURAS**
ANA MARÍA REOLID EGIDO, VERÓNICA MORENO ESCRIBANO Y GEMA BOTELLA ANDÚJAR 1233
- 260OFTALMOLOGÍA: FUNCIONES DEL TCAE EN ESTE SERVICIO**
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, ESPERANZA REQUENA ARENAS, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1237
- 261TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HOSPITALIZACIÓN. FUNCIONES**
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, ESPERANZA REQUENA ARENAS, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1241
- 262SERVICIO DE TRASPLANTES Y LAS FUNCIONES DEL TCAE EN ESTE SERVICIO**
MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA, JUANA JAVIERA CANO ROMERO, ESPERANZA REQUENA ARENAS, DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS Y MARÍA RAFAELA CALERO 1245
- 263LAS TRANSFERENCIAS Y LOS TRASLADOS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y EL TRABAJO DEL CELADOR SANITARIO**
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANA BELEN MARTIN DIAZ, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ Y ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN 1249
- 264EL TRABAJO DEL CELADOR SANITARIO CON PACIENTES ANCIANOS QUE SUFREN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN, ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ, ANA BELEN MARTIN DIAZ Y MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS 1255

- 265**LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS Y EL TRABAJO DEL TRABAJO
DEL CELADOR CON LOS TRASLADOR DE LOS PACIENTES
GERIÁTRICOS
MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA, ANA BELEN MARTIN DIAZ,
MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS, ANGEL MANUEL GREGORIO
MARTÍN Y ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ 1261
- 266**LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LOS CUIDADOS QUE
REQUIEREN ESTOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SANDRA MARTÍN ESTREMER, BEATRIZ ROJO MAYO, DAVID
ARROYO ORTEGA, JOSE SOTO GARCIA Y NEREA DIAZ-CACHO
GUTIÉRREZ 1267
- 267**EL SONDAJE HOSPITALARIO Y LA AYUDA Y CUIDADOS DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
SANDRA MARTÍN ESTREMER, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ,
JOSE SOTO GARCIA, DAVID ARROYO ORTEGA Y BEATRIZ ROJO
MAYO 1273
- 268**EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS CENTROS DE
SALUD DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA
SANDRA MARTÍN ESTREMER, DAVID ARROYO ORTEGA, BEATRIZ
ROJO MAYO, NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ Y JOSE SOTO
GARCIA 1279
- 269**LA NUTRICIÓN ENTERAL Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LAURA PARREÑO LOPEZ, ANA MARÍA MERINO SALVANES, MARÍA
NIEVES CRESPO ROMERO, SHATNER ELVIS SOTO SOLIS Y M° GEMA
REBOLLO LOPESINO 1285
- 270**EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR
AMBULATORIA
LAURA PARREÑO LOPEZ, M° GEMA REBOLLO LOPESINO, SHATNER
ELVIS SOTO SOLIS, MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO Y ANA MARÍA
MERINO SALVANES 1289

- 271 EL DESEMPEÑO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA BIOPSIA DEL SENO MAMARIO**
LAURA PARREÑO LOPEZ, MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO, ANA MARÍA MERINO SALVANES, M° GEMA REBOLLO LOPESINO Y SHATNER ELVIS SOTO SOLIS 1305
- 272 FUNCIONES, ROL, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
ANA M TORIJA BARRAGÁN, ESTRELLA TALENS GONZALEZ Y ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN 1301
- 273 TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN**
ISIDRO ROBLES BLANCO 1305
- 274 EL PACIENTE CON VARICES ESOFÁGICAS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ Y FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL 1309
- 275 LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA BELEN BARRERO DIAZ 1313
- 276 LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ELISABETA VLASE, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO, SORAYA ESPEJO RUBIO Y MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO 1317
- 277 LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES GRANDES QUEMADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ELISABETA VLASE, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO, SORAYA ESPEJO RUBIO, IRENE VILLAESCUSA ALFARO Y MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO 1323

- 278 EL TRABAJO EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS SOCIO SANITARIOS Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELENA ELISABETA VLASE, IRENE VILLAESCUSA ALFARO, MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO, MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO Y SORAYA ESPEJO RUBIO 1329
- 279 EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD Y EL APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
AMOR FERNÁNDEZ FANJUL 1335
- 280 BENEFICIOS DEL EJERCICIO EXCÉNTRICO EN PACIENTES CON TENDINOPATÍA DE AQUILES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS, ANDREA CHOCANO LEAL Y ADRIÁN AGUILERA ACEDO 1339
- 281 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL ADULTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, NEREA SORIA SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1345
- 282 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, ELENA MOLINA BODAS, NEREA SORIA SANZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1349
- 283 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES CON PÁRKINSON. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
NEREA SORIA SANZ, ELENA MOLINA BODAS, MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ, JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y LUIS CARLOS MORENO SAIZ 1353

- 284IMPACTO DE LA OBESIDAD EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ANDREA CHOCANO LEAL, ADRIÁN AGUILERA ACEDO,
MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA, SANDRA DONDARZA MARTIN
Y NADIA AGUILAR SOTOS 1357
- 285INTERVENCION DE FISIOTERAPIA Y SUS EFECTOS EN PACIENTES CON COVID19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ADRIÁN AGUILERA ACEDO, MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA,
SANDRA DONDARZA MARTIN, NADIA AGUILAR SOTOS Y ANDREA
CHOCANO LEAL 1363
- 286EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN FISIOTERAPIA**
ISABEL ALARCÓN ORTEGA, SONIA LÓPEZ CASTELLÓ Y ANA
GEMA LÓPEZ CAÑIZARES 1369
- 287TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN EL SÍNDROME SUBACROMIAL**
ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES, ISABEL ALARCÓN ORTEGA Y
SONIA LÓPEZ CASTELLÓ 1373
- 288BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II**
DIEGO MEDINA CRESPO, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO
PORTUGUÉS Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS
FERNÁNDEZ 1379
- 289EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA**
LAURA ROMO DE LA LLAVE, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA,
CRISTINA HERRERO MARTÍN, SONIA GARCÍA GARCÍA Y MARÍA
FRANCISCA MANSILLA REBOTO 1393
- 290TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CON EJERCICIOS HIPOPRESIVOS EN EL PROLAPSO VESICAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA**
LAURA ROMO DE LA LLAVE, PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA,
SONIA GARCÍA GARCÍA, MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO Y
CRISTINA HERRERO MARTÍN 1397

- 291 FISIOTERAPIA EN EL LINFEDEMA TRAS CÁNCER DE MAMA CON VENDAJE NEUROMUSCULAR**
LAURA ROMO DE LA LLAVE, MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO, SONIA GARCÍA GARCÍA, CRISTINA HERRERO MARTÍN Y PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA 1401
- 292 EFECTOS DEL CASCO ORTOPÉDICO PARA BEBÉS CON BRAQUICEFALIA Y PLAGIOCEFALIA**
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, DIEGO MEDINA CRESPO Y ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS 1407
- 293 EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA**
SILVIA VILLAR GOMEZ, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ Y JESUS GARCÍA MORENO 1413
- 294 EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO DE SUELO PÉLVICO**
SILVIA VILLAR GOMEZ, JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR Y JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ 1417
- 295 EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO CON ONDA CORTA**
SILVIA VILLAR GOMEZ, JESUS GARCÍA MORENO, CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ, JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR Y JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ 1421
- 296 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN ROTURAS DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN MUJERES DEPORTISTAS**
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ Y DIEGO MEDINA CRESPO 1425
- 297 LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA COMO HERRAMIENTA PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL**
COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ 1429

- 298 FISIOTERAPIA EN EL ESPOLÓN CALCÁNEO. DIFERENCIACIÓN CON LA FASCITIS PLANTAR Y TRATAMIENTO ADECUADO.**
SONIA LÓPEZ CASTELLÓ, ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES Y ISABEL ALARCÓN ORTEGA 1437
- 299 EFECTIVIDAD DE IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES POST-COVID 19**
ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1443
- 300 FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1449
- 301 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DESDE LA FISIOTERAPIA**
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1453
- 302 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE TRAS CIRUGÍA DE MANGUITO ROTADOR DE HOMBRO**
LAURA RODRIGUEZ LOZANO, JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES, SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ, GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ Y RAFAEL BAEZA MONSALVE 1457
- 303 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TERAPIA ESPEJO PARA PALIAR EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1461
- 304 EFECTIVIDAD DEL ABORDAJE DE FISIOTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA TENDINITIS CALCIFICADA DEL SUPRAESPINOSO.**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ 1465

305	EFFECTIVIDAD DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS PARA LA EPICONDILITIS LATERAL MARIO GARCÍA MARTÍN, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MIRIAN MORATO LÓPEZ	1469
306	ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO MEDIANTE TRATAMIENTO CON PILATES MIRIAN MORATO LÓPEZ, ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA Y MARIO GARCÍA MARTÍN	1473
307	FISIOTERAPIA EN LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA LAURA LOPEZ SANCHEZ Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1477
308	FISIOTERAPIA EN LA PRIMERA ETAPA TRAS CIRUGÍA CARDÍACA. EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO Y SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1481
309	LA FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO SERGIO GARCÍA PANIAGUA	1485
310	EL PAPEL DE LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA	1489
311	RECOMENDACIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN CONSULTA PARA MANTENER UNOS DIENTES SANOS Y FUERTES SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA	1493
312	RELACION ENTRE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES RENATO ALVAREZ PEREZ Y ADA AGUDIN MARTÍNEZ	1497
313	EL BRUXISMO: SUS CAUSAS, LESIONES Y TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA SENSIBILIDAD DENTAL RENATO ALVAREZ PEREZ Y ADA AGUDIN MARTÍNEZ	1503

314 TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTÓLOGO M ^a TERESA ALONSO CARBAJAL	1509
315 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: TOPOGRAFÍA HUMANA BÁSICA: TOPOGRAFÍA DEL CRANEO DANIEL GARCÍA GARCÍA	1513
316 COVID-19 EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ALBA GARCÍA PÉREZ	1517
317 RADIOLOGIA EN NIÑOS DURANTE EL COVID-19 MÓNICA MANZANARES MARTÍN	1523
318 LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA (DEPRECAM) EN LA SALUD PÚBLICA MÓNICA MANZANARES MARTÍN	1527
319 LA TUBERCULOSIS Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DIAGNÓSTICO MOISÉS GAMO PASTOR	1531
320 TINCIÓN DE GIEMSA PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ	1535
321 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LAS DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ Y PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ	1539
322 TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA DEL PÁNCREAS PAULA CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ Y LAURA LÓPEZ ESCRIBANO	1545

- 323 TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA**
PAULA CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE
SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ Y LAURA LÓPEZ
ESCRIBANO 1549
- 324 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA
RESONANCIA MAGNÉTICA SIN CONTRASTE**
PAULA CEA MARTINEZ, SARA LAZARO LOPEZ, MARTA PIRE
SOLAUN, PAULA BURGALETA VÁZQUEZ Y LAURA LÓPEZ
ESCRIBANO 1553
- 325 TINCIONES HEMATOLÓGICAS: AZUL DE CRESIL BRILLANTE**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN, MARÍA DOLORES GARCÍA
UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA
ARIAS Y BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE 1557
- 326 TRICHOMONAS VAGINALIS**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN, MARÍA DOLORES GARCÍA
UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA
ARIAS Y BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE 1561
- 327 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA CENTRÍFUGA EN EL
LABORATORIO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN, MARÍA DOLORES GARCÍA
UCEDA, ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA, MANUELA GARCÍA
ARIAS Y BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE 1567
- 328 MEDIDAS PREVENTIVAS A SEGUIR POR EL TÉCNICO DE
RADIOTERAPIA**
NURIA ARAQUE GUERRERO, GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA Y
RAQUEL MADRID MARTINEZ 1571
- 329 FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA PARA TRATAR EL
CANCER DE MAMA.**
NURIA ARAQUE GUERRERO, GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA Y
RAQUEL MADRID MARTINEZ 1575

- 330HISTORIA DE LA RADIOTERAPIA E INICIO COMO TÉCNICO DE RADIOTERAPIA**
NURIA ARAQUE GUERRERO, GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA Y RAQUEL MADRID MARTINEZ 1579
- 331EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ARTROPLASTIA COMPLETA DE CADERA**
SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA CELAYA ORFILA Y LAURA VIVANCOS RODADO 1583
- 332EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA**
SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA CELAYA ORFILA Y LAURA VIVANCOS RODADO 1587
- 333EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN LA PUNCIÓN LUMBAR EN QUIRÓFANO**
SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA, PATRICIA CELAYA ORFILA Y LAURA VIVANCOS RODADO 1591
- 334LA LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR DE RADIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO, MARÍA SABINO AMADO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1595
- 335ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS MATRICES DE TEJIDO PARA OPTIMIZAR ANTICUERPOS**
MARIA TERESA GIL CASTILLEJO, SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ Y DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ 1599
- 336TIPOS DE CORTE HISTOLÓGICO REALIZADOS POR EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
MARIA TERESA GIL CASTILLEJO, SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ Y DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ 1605

- 337 ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS**
MARIA TERESA GIL CASTILLEJO, SARA VIOLERO CAÑAS, NATALIA VALERO ALONSO, INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ Y DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ 1609
- 338 ANEMIA APLÁSICA IDIOPÁTICA**
ESTRELLA JARA LAVADO, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, BEATRIZ MORENO LIZCANO Y ANA MARÍA SOLÍS 1613
- 339 EL TRABAJO SOCIAL Y SU FUNCIÓN DE MEDIADOR DE CONFLICTOS AL ALTA HOSPITALARIA**
MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO OJEDA, ANA PARRAS VACAS Y GLORIA PANIAGUA LEAL 1617
- 340 EL TRABAJO SOCIAL Y LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN HOSPITAL**
MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO OJEDA, GLORIA PANIAGUA LEAL Y ANA PARRAS VACAS 1621
- 341 EL TRABAJO SOCIAL Y EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN SANIDAD Y SU RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS**
MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA, MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA, SANDRA CARRASCO OJEDA, GLORIA PANIAGUA LEAL Y ANA PARRAS VACAS 1625
- 342 CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
ANA MARÍA SOLÍS, MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO, LUCÍA VALENCIA GARCÍA, ESTRELLA JARA LAVADO Y BEATRIZ MORENO LIZCANO 1629

- 343 ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES A TRAVÉS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
ANA CARLOS ÁLVAREZ, JULIA GARRIDO RAMOS, ALVARO CAÑADA SANCHEZ, ANDREA SANZ QUERENCIAS Y JACOBO DIAZ ALONSO 1635
- 344 SILICOSIS: PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y OTROS PROFESIONALES
JACOBO DIAZ ALONSO, ANA CARLOS ÁLVAREZ, JULIA GARRIDO RAMOS, ANDREA SANZ QUERENCIAS Y ALVARO CAÑADA SANCHEZ 1641
- 345 RADIOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO
LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA POLONIO, LORENA MORÓN ROJAS, MIGUEL DAMAS CRUZ Y JORGE VALERO MARTÍN 1647
- 346 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
CRISTINA POLONIO, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, LORENA MORÓN ROJAS, MIGUEL DAMAS CRUZ Y JORGE VALERO MARTÍN 1653
- 347 EL ROL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL COVID 19
MIRIAM BERMEJO PEÑA, MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO, LUCIA PULPON AYUSO MORALES Y LAURA PLAZA BASCUÑANA 1659
- 348 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA SALA DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
REBECA TORRES DOMINGUEZ, CARLOS BENITA COTILLAS, MARTA HERNANDEZ PARDO, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO Y LORENA ROCIO CECA TAMUREJO 1663

- 349EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA ECOGRAFÍA UROLÓGICA**
LORENA MORÓN ROJAS, LETICIA CERDEÑO DE PAZ, CRISTINA POLONIO, MIGUEL DAMAS CRUZ Y JORGE VALERO MARTÍN 1667
- 350LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS**
ZAIRA OUTEIRO FERNÁNDEZ 1671
- 351EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA EL PAPEL DE LA ECOGRAFIA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CANCER DE MAMA**
PAULA MENA GARCÍA 1675
- 352TÉCNICAS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS PARA LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES**
LUCIA PULPON AYUSO MORALES, LAURA PLAZA BASCUÑANA, MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO Y MIRIAM BERMEJO PEÑA 1687
- 353CASO CLÍNICO DE PACIENTE POSITIVO EN MONONUCLEOSIS INFECCIOSA**
SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ 1691
- 354PROTOCOLO GAMMAGRÁFICO EN NEUROLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO**
MARÍA SABINO AMADO, ANA GARCÍA MARÍN, ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO Y ROCÍO LÓPEZ JESÚS 1695
- 355EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS**
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ, GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ Y FRANCISCO CALDERON BARQUERO 1703
- 356REALIZACIÓN DE UNA PLACA DE TÓRAX POR EL TÉCNICO DE RAYOS**
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ, GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ Y FRANCISCO CALDERON BARQUERO 1707

- 357 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA OCLUSAL**
NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ, MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ,
GUILLERMO BIELSA ALCAIDE, AZALEA ESTEBAN LÓPEZ Y
FRANCISCO CALDERON BARQUERO 1711
- 358 TÉCNICAS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CÉLULAS DE LA SANGRE: MÉTODOS MORFOLÓGICOS, HISTOQUÍMICOS E INMUNOLÓGICOS. CARACTERÍSTICAS QUE PERMITEN LA DIFERENCIACIÓN**
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M
ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA Y
JORGE MENA GONZALEZ 1715
- 359 RECuento CELULAR DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS: FUNDAMENTO, TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y APLICACIONES**
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M
ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA Y
JORGE MENA GONZALEZ 1725
- 360 ALTERACIONES CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA SERIE ROJA Y DE LA SERIE BLANCA. ESTUDIOS ANALÍTICOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO, ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA, M
ISABEL MORENA ESPADA, ANA ISABEL ANDINO HERRERA Y
JORGE MENA GONZALEZ 1735
- 361 EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT**
LAURA PLAZA BASCUÑANA, MARÍA DEL CORAL LOZANO
GUIJARRO, MIRIAM BERMEJO PEÑA Y LUCIA PULPON AYUSO
MORALES 1745
- 362 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO ANTE UNA URGENCIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS)**
ANA MARIN PUERTA, JESÚS MARTÍN ROLDÁN, NEREA
CIDFUENTES JIMÉNEZ, INMACULADA DURAN AMOROS Y
VANESSA QUIROGA MINAYA 1749

- 363 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA O ESPECIAL**
ANA MARIN PUERTA, JESÚS MARTÍN ROLDÁN, NEREA
CIDFUENTES JIMÉNEZ, INMACULADA DURAN AMOROS Y
VANESSA QUIROGA MINAYA 1755
- 364 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO
EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LAS PRUEBAS
DIAGNÓSTICAS**
ANA MARIN PUERTA, INMACULADA DURAN AMOROS, VANESSA
QUIROGA MINAYA, JESÚS MARTÍN ROLDÁN Y NEREA CIDFUENTES
JIMÉNEZ 1761
- 365 INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER
DE MAMA**
MÓNICA MANZANARES MARTÍN 1767
- 366 LOS DISTINTOS MEDIOS DE CONTRASTE QUE SE UTILIZAN EN
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA**
JOSEFA BONACHE VIVANCOS 1771
- 367 RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL CEREBRAL EN
PACIENTES CON ANOSMIA DE LARGA EVOLUCIÓN POR CAUSA
DE COVID19 PARA TÉCNICOS EN IMAGEN PARA EL
DIAGNÓSTICO**
ANDREA SANZ QUERENCIAS, ANA CARLOS ÁLVAREZ, JULIA
GARRIDO RAMOS, JACOBO DIAZ ALONSO Y ALVARO CAÑADA
SANCHEZ 1775
- 368 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PROSTATA**
ELVIRA ZAMORANO BARROSO, MARIBEL CRELGO HERRERO,
MARÍA SABINO AMADO, ROCÍO LÓPEZ JESÚS Y ANA GARCÍA
MARÍN 1779
- 369 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN
SU CENTRO DE TRABAJO**
JORGE MARTINEZ ALVAREZ 1783

- 370 ÚLCERAS POR PRESIÓN BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO
SANITARIO**
MONTSERRAT CUESTA ARIAS 1787
- 371 EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RECEPCIÓN
DEL PACIENTE E INTERPRETACIÓN DE LA SOLICITUD EN
RESONANCIA MAGNÉTICA**
MARTA HERNANDEZ PARDO, MARIA CATALINA MEGIAS
CASTILLO, CARLOS BENITA COTILLAS, LORENA ROCIO CECA
TAMUREJO Y REBECA TORRES DOMINGUEZ 1791
- 372 EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LAS PRINCIPALES
PRUEBAS PARA SU DIAGNÓSTICO**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, ANA GARCÍA MARÍN, MARIBEL CRELGO
HERRERO, ELVIRA ZAMORANO BARROSO Y MARÍA SABINO
AMADO 1795
- 373 IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO,
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO
MORENO Y CARMEN RUS MENESES GARVI 1801
- 374 FUNCIONES E IMPORTANCIA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE
DISCAPACIDAD PSÍQUICA**
JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO,
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO
MORENO Y CARMEN RUS MENESES GARVI 1805
- 375 IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGÍA**
JAVIER TALAVERA GARCIA, VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO,
GLORIA MARÍA MORENO GALAN, FERNANDO REDONDO
MORENO Y CARMEN RUS MENESES GARVI 1809

- 376 EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN Y CONFIABILIDAD DE PRUEBAS DE COAGULACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO**
FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, ESMERALDA ORTIZ RODA, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y ANA LEÓN AROCO 1813
- 377 PROCESAMIENTO DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS PARA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN LABORATORIO**
ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO, JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ, MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO Y NATALIA GARCIA GUTIERREZ 1817
- 378 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SALA DE PARTOS DE CENTROS HOSPITALARIOS**
LAURA RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH Y JENIFER GREGORIO MARTÍN 1821
- 379 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA**
LAURA RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH Y JENIFER GREGORIO MARTÍN 1825
- 380 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS**
LAURA RAMÍREZ GARCÍA, ISRAEL CHARNECO BERNAL, MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES, RAJAA FRITAH FRITAH Y JENIFER GREGORIO MARTÍN 1829
- 381 ALTERACIONES BÁSICAS DE LOS LEUCOCITOS EN EL LABORATORIO**
ANA LEÓN AROCO, ESMERALDA ORTIZ RODA, JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y FÁTIMA UCENDO QUINTANAR 1833

- 382ANÁLISIS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN EL LABORATORIO**
ANA LEÓN AROCO, ESMERALDA ORTIZ RODA, JULIÁN DEL OLMO
MORENO ARRONES, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y FÁTIMA
UCENDO QUINTANAR 1837
- 383EL ROL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA RADIODIAGNÓSTICO
EN LA PRUEBA DE HISTEROSALPINGOGRAFÍA**
CARLOS BENITA COTILLAS, MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO,
LORENA ROCIO CECA TAMUREJO, REBECA TORRES DOMINGUEZ Y
MARTA HERNANDEZ PARDO 1841
- 384EL CÁNCER BUCAL Y FUNCIONES DEL HIGIENISTA**
PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO 1845
- 385LA RADIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE LA VENA CAVA
SUPERIOR**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 1849
- 386FUNCIONAMIENTO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y
PRECAUCIONES POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN
IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO**
MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO Y MARTA PERETE
DÍAZ 1853
- 387FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA
DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACION DE UNA ANGIOGRAFÍA**
MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO Y MARTA PERETE
DÍAZ 1857
- 388LA UTILIDAD DE LOS EQUIPOS PORTATILES DE RAYOS Y EL EL
TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO**
MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA, SERGIO FUENTES MARÍN, SONIA
SANCHEZ RUIZ, ROSAIDA ABREU TERRERO Y MARTA PERETE
DÍAZ 1861

- 389**TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y
MEDICINA NUCLEAR (TSID): DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN
DE TÉCNICAS TOMOGRÁFICAS
BRENDA BARRERA GONZÁLEZ 1865
- 390**PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS
DE LA GRIPE
PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN Y JUAN LUIS PALOMO GARCIA 1869
- 391**EL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y
SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO
HOSPITALARIO Y LA CLASIFICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS
MANUALES
LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ
CAMBRONERO, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO
LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 1873
- 392**EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA HISTORIA
CLÍNICA
YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR
MOSET MOLINA Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 1877
- 393**EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL CONTROL
DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS
YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR
MOSET MOLINA Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 1881
- 394**EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL ÁREA DE
URGENCIAS
YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
VICENTE, ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA, MARIA DEL PILAR
MOSET MOLINA Y MARTA ISABEL MOSET MOLINA 1885

- 395 MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO Y LA REPARACIÓN DE CAMAS ARTICULADAS
DAVID SANCHEZ CAMBRONERO, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS CASADO APARICIO, HONORATO LOZANO MOYA Y IVAN ESPARTERO MUÑOZ 1889
- 396 EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EFECTUADO POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA Y JUAN GIJÓN MERCHAN 1893
- 397 MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y EDIFICIOS POR EL EQUIPO DE MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS, PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS
HONORATO LOZANO MOYA, IVAN ESPARTERO MUÑOZ, LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ, DAVID SANCHEZ CAMBRONERO Y JOSÉ LUIS CASADO APARICIO 1897
- 398 LOS RIESGOS ELÉCTRICOS Y EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS
JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO, MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA, JUAN GIJÓN MERCHAN Y PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES 1901
- 399 CENTRALES DE ALARMAS DE INCENDIOS, SISTEMAS CONVENCIONALES E INTELIGENTES, Y SU MANTENIMIENTO POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS
JUAN GIJÓN MERCHAN, PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES, JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO, LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO Y MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA 1905

- 400EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO.
LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA
ONCOLÓGICO**
ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO
RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL, MARÍA ELENA
ÁNGEL GIL Y SANDRA CAÑADILLA ORTIZ 1909
- 401EL PINCHE DE COCINA Y LA CONGELACIÓN Y CONSERVACIÓN
DE ALIMENTOS EN FRÍO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET
MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN
GÓMEZ Y RAQUEL CÓZAR GARCÍA 1913
- 402EL PINCHE DE COCINA Y LAS FUNCIONES DENTRO DE LA
COCINA HOSPITALARIA**
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET
MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN
GÓMEZ Y RAQUEL CÓZAR GARCÍA 1917
- 403EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN EN LOS ALIMENTOS
QUINTA GAMA DE UNA COCINA HOSPITALARIA**
CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES, MARIA DEL PILAR MOSET
MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA CEBRIÁN
GÓMEZ Y RAQUEL CÓZAR GARCÍA 1921
- 404VIOLENCIA DE GÉNERO**
MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO 1925
- 405ACOSO LABORAL O MOBBING**
MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO 1931
- 406PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y LAS
PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS**
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, LUIS
MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ
Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1935

- 407EL CALEFACTOR COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA CENTRAL TÉRMICA DE UN HOSPITAL**
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, ALFONSO LÓPEZ
BEAMUD Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1939
- 408EL CALEFACTOR DE UN HOSPITAL Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN: REJILLAS, DIFUSORES Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE**
ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, PEDRO PABLO LOPEZ
HERREROS, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, LUIS MIGUEL ANDÚJAR
OLMEDO Y FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ 1943
- 409EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ, ALEJANDRO ANGEL GIL,
MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA CAÑADILLA ORTIZ Y
ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ 1947
- 410EL TRASLADO DE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL SUBALTERNO. FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO**
ALEJANDRO ANGEL GIL, MARÍA ELENA ÁNGEL GIL, SANDRA
CAÑADILLA ORTIZ, ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ Y
ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ 1951
- 411 EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
ANA MARÍA VALLE DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ,
NOELIA VILLALBA ALFARO, ALEJANDRO VILLALBA ALFARO Y
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA 1955
- 412 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL**
MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ
LOZANO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN, DELFINA MARGARITA
ORTIZ QUIROS Y JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ
MELLADO 1959

- 413 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN**
MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO, DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, MARIA JULIA ROMERO LUJAN Y JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO 1963
- 414 EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS SUS FUNCIONES Y COMPETENCIAS**
MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO, JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO, DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS, JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO Y MARIA JULIA ROMERO LUJAN 1967
- 415 EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y ACTUACIÓN ANTE UNA AVERÍA DE UNA CISTERNA DE UN CENTRO SANITARIO**
MIGUEL VELASCO TORRES, ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR, LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ Y PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS 1971
- 416 LA CAMA HOSPITALARIA. CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CAMA Y SUS ACCESORIOS. FUNCIONAMIENTO DE LA CAMA HOSPITALARIA**
ALICIA LÓPEZ IÑESTA GARCÍA CARPINTERO 1975
- 417 CELADOR EN ÁREA PSIQUIÁTRICA**
MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO 1979
- 418 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL CAMBIO DE BOMBILLAS Y LUCES LED EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. TIPOS DE LEDS**
SERGIO GARCÍA ZAMORA, RAMÓN SERRANO LÓPEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ Y ALFONSO LÓPEZ BEAMUD 1983

- 419 PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL MONTAJE DE ILUMINACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS DE UN HOSPITAL**
RAMÓN SERRANO LÓPEZ, ALFONSO LÓPEZ BEAMUD, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, SERGIO GARCÍA ZAMORA Y JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ 1987
- 420 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA ANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA**
MANUEL INOCENCIO MORALES, SARA LÓPEZ LÓPEZ, EULALIA JARABO GARCÍA, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ Y LAURA GARCIA NAVARRO 1991
- 421 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y EL ARCO DE QUIRÓFANO**
MANUEL INOCENCIO MORALES, SARA LÓPEZ LÓPEZ, EULALIA JARABO GARCÍA, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ Y LAURA GARCIA NAVARRO 1995
- 422 FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL**
MANUEL INOCENCIO MORALES, LAURA GARCIA NAVARRO, MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ, EULALIA JARABO GARCÍA Y SARA LÓPEZ LÓPEZ 1999
- 423 EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ 2003
- 424 EL ELECTRICISTA Y LOS FUSIBLES Y DIFERENCIALES DE UN HOSPITAL**
SERGIO GARCÍA ZAMORA, JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, RAMÓN SERRANO LÓPEZ Y ALFONSO LÓPEZ BEAMUD 2007

- 425EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL**
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, ANA MARÍA VALLE DÍAZ,
ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, NOELIA VILLALBA ALFARO Y
VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA 2011
- 426EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS
MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO, SEBASTIÁN NÚÑEZ
VALERO Y JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ 2015
- 427EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL PUNTO DE INFORMACIÓN DE LA PUERTA PRINCIPAL DE UN CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR COMO PUNTO DE INFORMACIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES SANITARIOS**
MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ, JOSÉ DOMINGO LANZAS
MARTÍNEZ, CRISTINA ANTONAYA MORCILLO, SEBASTIÁN NÚÑEZ
VALERO Y JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ 2019
- 428EL PINCHE DE COCINA Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA LIMPIEZA DEL SUELO DE LA COCINA HOSPITALARIA**
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO
ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN
Y ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS 2023
- 429EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA LIMPIEZA DE LOS TERMOS DE COCINA**
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO
ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN
Y ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS 2027
- 430EL PINCHE DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA SIN GRASA**
ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ, YOLANDA VELASCO
ESPEJO, DAVID NAVARRO MASIP, MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN
Y ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS 2031

- 431EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL
PACIENTE HACIA EL BORDE DE LA CAMA PARA REALIZAR LOS
CAMBIOS POSTURALES. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL
PACIENTE ENCAMADO
JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN RUBIO
DÍAZ, JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ, CRISTINA ANTONAYA
MORCILLO Y SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO 2035
- 432PRODUCTOS QUÍMICOS EN LAVANDERÍA Y PLANCHA DE LOS
CENTROS HOSPITALARIOS EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
DE PRENDAS
SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER,
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO 2039
- 433PRINCIPALES FUNCIONES DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA
PLANCHA DE UN HOSPITAL
SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER,
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO 2043
- 434PAUTAS DE LA LAVANDERIA HOSPITALARIA PARA LA
CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDAS UNA VEZ QUE
ESTÁN PLANCHADAS
SANDRA MARTINEZ SANCHEZ, MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER,
MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO, MARIA JOSE CRESPO ZAFRA Y
MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO 2047
- 435FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL
CENTER DE ATENCIÓN PRIMARIA
CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO, Mª DEL PILAR CORTES
MENDOZA Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2051
- 436LA ATENCIÓN GLOBAL EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER POR EL
CELADOR
VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ,
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS Y ARTURO CHAPARRO JIMENEZ 2055

- 437 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ,
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS Y ARTURO CHAPARRO JIMENEZ 2059
- 438 MANEJO DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA. BUEN
FUNCIONAMIENTO DEL CELADOR**
VICENTE CHAPARRO MUÑOZ, PILAR PEINADO MARTÍNEZ,
MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ, CARMEN MARÍA RIVAS
COUSILLAS Y ARTURO CHAPARRO JIMENEZ 2065
- 439 EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA PLANTA DE
HOSPITALIZACIÓN**
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, NOELIA VILLALBA ALFARO,
ALEJANDRO VILLALBA ALFARO, VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA
Y ANA MARÍA VALLE DÍAZ 2071
- 440 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN
EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO**
ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO
MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA
ABEJARO MONTES Y YOANA DÍAZ ROMERO 2075
- 441 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO
MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA
ABEJARO MONTES Y YOANA DÍAZ ROMERO 2079
- 442 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN
EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA**
ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ, DIEGO ARMANDO LAGUNO
MARTÍN, RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ, CARMEN MARÍA
ABEJARO MONTES Y YOANA DÍAZ ROMERO 2085
- 443 EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD**
VICENTA CERRO NEVADO, FRANCISCO JOSE MORENO
MONESCILLO, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARTA ISABEL
MOSET MOLINA Y YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ 2091

- 444FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN**
FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO, MARIA DEL PILAR
MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA
CEBRIÁN GÓMEZ Y VICENTA CERRO NEVADO 2095
- 445EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA Y
PRESENCIAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
LAURA MONTERO MARTÍNEZ, CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO
Y M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA 2099
- 446LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MANIPULACIÓN DE
CAMILLAS Y LOS TIPOS DE CAMILLAS**
FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO, MARIA DEL PILAR
MOSET MOLINA, MARTA ISABEL MOSET MOLINA, YOLANDA
CEBRIÁN GÓMEZ Y VICENTA CERRO NEVADO 2103
- 447FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ
MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES
ALCOLEA Y MARIA ANGELES PALACIOS AVILES 2107
- 448EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE EL PACIENTE TERMINAL: LA IMPORTANCIA DE LOS
CUIDADOS PALIATIVOS**
PAULA GARCÍA MARTÍNEZ, LAURA GARCIA NAVARRO, GEORGINA
FERNÁNDEZ MIRALBELL, MARIA JOSÉ CRUZ BARATO Y MARIA
CARMEN MAESTRE GONZALEZ 2111
- 449EL ELECTRICISTA Y LAS FUNCIONES GENERALES COMO
PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN LOS HOSPITALES**
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, RAFAEL JOSE
DIAZ LOPEZ, ALFONSO MOLINES MARTINEZ Y LUIS
FERNANDEZ-POLANCO MESAS 2115

- 450EL ELECTRICISTA Y EL CAMBIO DE BOMBILLAS Y LUCES LED EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. TIPOS DE LEDS**
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, ALFONSO MOLINES MARTINEZ Y RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ 2119
- 451LAS INSTALACIONES DE CABLEADO ESTRUCTURADO (VOZ Y DATOS)**
CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, ALFONSO MOLINES MARTINEZ, RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ Y JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ 2123
- 452FUNCIONES QUE REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA Y MARIA ANGELES PALACIOS AVILES 2127
- 453EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LAS TÉCNICAS DE SOLDADURAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES Y ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR 2131
- 454EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE FLUXORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS, MIGUEL VELASCO TORRES Y ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR 2135
- 455COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO, ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA, GONZALO TEJERA DE EUSEBIO, ESTEFANIA FLORES ALCOLEA Y MARIA ANGELES PALACIOS AVILES 2139

456	LA LABOR DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON PATOLOGÍAS CARDIACAS RAÚL GÓMEZ MOLINA, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES	2143
457	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO RAÚL GÓMEZ MOLINA, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES	2147
458	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA RAÚL GÓMEZ MOLINA, LUCÍA GÓMEZ MOLINA, IVAN CARRION PEREZ, MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES	2151
459	FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL LUCIA MONTALVO CAMPOS, PETRA MONTALVO CAMPOS, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO, JULIANA LADERO PACHECO Y RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO	2155
460	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN LUCIA MONTALVO CAMPOS, PETRA MONTALVO CAMPOS, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO, MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO Y JULIANA LADERO PACHECO	2159
461	EL CELADOR Y EL MANEJO DE LOS TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS LUCIA MONTALVO CAMPOS, PETRA MONTALVO CAMPOS, JULIANA LADERO PACHECO, RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO Y MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO	2163

- 462EL PINCHE DE COCINA EN LOS PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO
EN LA COCINA HOSPITALARIA**
GLORIA MARTÍNEZ TARIN, ALFONSO GARCIA MARINA,
FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ, MARÍA DEL CARMEN VALLE
DÍAZ Y NOELIA VILLALBA ALFARO 2167
- 463EL PINCHE DE COCINA Y LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS
ALIMENTARIAS EN COCINAS HOSPITALARIAS**
ALFONSO GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ,
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, GLORIA MARTÍNEZ TARIN Y
NOELIA VILLALBA ALFARO 2171
- 464EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y
UTENSILIOS DE TRABAJO EN COCINAS HOSPITALARIAS**
ALFONSO GARCIA MARINA, FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ,
MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ, GLORIA MARTÍNEZ TARIN Y
NOELIA VILLALBA ALFARO 2175
- 465ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA**
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO,
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO Y
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 2179
- 466EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO,
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO Y
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 2183
- 467EL CELADOR EN LA UNIDAD ESPECIAL DE PARITORIO**
LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA, RAQUEL SANCHEZ TOLEDO,
JUAN JOSE ARENAS BUSTOS, JAIME CASTELLANOS CRIADO Y
MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO 2187
- 468EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DESTINADO EN EL CALL
CENTER DE LLAMADAS PARA LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA**
ABEL SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, TOMÁS
RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ Y YOLANDA CANTON
SALAZAR 2191

- 469 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ABEL SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ Y YOLANDA CANTON SALAZAR 2195
- 470 EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MOSTRADOR DE CITAS DEL CENTRO DE SALUD**
ABEL SALAZAR CANTON, ESTHER CALVO HERNÁNDEZ, TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE, JESSICA RUIZ GOMEZ Y YOLANDA CANTON SALAZAR 2199
- 471 EL FONTANERO Y LAS DISTINTAS FUNCIONES EN UN HOSPITAL**
JUAN CANO PATERNA, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2203
- 472 EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y LAS SOLDADURAS EN TUBERÍAS**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO, JUAN CANO PATERNA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO Y FRANCISCO GONZALEZ TEBAR 2207
- 473 EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y LAS POSIBLES CORROSIONES DEL AGUA EN UN HOSPITAL**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO, JUAN CANO PATERNA, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO 2211
- 474 ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TRABAJO SOCIAL**
VIRGINIA MARTINEZ MARTÍNEZ 2215
- 475 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD EN EL TRABAJO DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD**
MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO, ALICIA TALAYA NAVARRO, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2221

- 476 FUNCIONES, COMPETENCIAS Y HABILIDADES CRUCIALES POR EL DESEMPEÑO DEL TELEFONISTA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO, ALICIA TALAYA NAVARRO, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2225
- 477 LA COLABORACIÓN ESPECIFICA MULTIDISCIPLINARIA EN EL TRABAJO DEL TELEFONISTA EN ÁMBITO SANITARIO**
MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO, ALICIA TALAYA NAVARRO, DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ, PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ Y MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO 2229
- 478 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO**
JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 2233
- 479 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO : FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS**
JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 2237
- 480 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL**
JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO, AGUSTIN ANGEL GALLEGU GUTIERREZ, DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO, ENCARNACION SANCHEZ RUIZ Y BEATRIZ ROMERO ROMAN 2241
- 481 ¿CÓMO HAN MEJORADO LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS CELADORES A TRAVES DEL TIEMPO?**
ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2245

- 482EL HOSPITAL DE DÍA Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL CELADOR**
ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2249
- 483PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES)**
ROSA MAZUECOS MUÑOZ, JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA, SONIA MARÍA MUÑOZ Y JOSE FCO NOGUERAS GARCIA 2253
- 484EL CELADOR EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL**
MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ Y MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS 2257
- 485EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO**
MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ Y MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS 2261
- 486EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA**
MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS, MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA, MARÍA MOYA APARICIO, ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ Y MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS 2265
- 487EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES**
MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO Y MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA 2269
- 488EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL ARCHIVO DE UN CENTRO SANITARIO**
MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO Y MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA 2273

- 489****FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE EVENTOS Y REUNIONES DEL HOSPITAL**
MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ, SANDRA RONCERO GONZÁLEZ, ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA, M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO Y MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA 2277
- 490****EL CELADOR EN LA UNIDAD DE TRIAJE EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ALBA ROMERO PARADA, MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y JOSE LUIS BENITEZ LASERMA 2281
- 491****LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
ALBA ROMERO PARADA, MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y JOSE LUIS BENITEZ LASERMA 2285
- 492****FUNCIONES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LAS TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTE SERVICIO**
GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE, MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO Y ANA MARIA CARPIO ACEDO 2289
- 493****FUNCIONES DE LA TARJETA SANITARIA Y LA GESTIÓN REALIZADA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO, NIEVES BERMEJO PARRAS, MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE Y MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO 2295
- 494****EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE, MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO, ANA MARIA CARPIO ACEDO, GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO Y NIEVES BERMEJO PARRAS 2301

- 495 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE LOS PACIENTES**
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ, MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE Y MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA 2307
- 496 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES**
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ, MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, JUANA DUQUE DUQUE, MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA Y MARÍA GARCÍA ALBERCA 2311
- 497 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO**
MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ, MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS, MARÍA GARCÍA ALBERCA, JUANA DUQUE DUQUE Y MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA 2315
- 498 INFLUENCIA DEL TRABAJO A TURNOS EN EL CELADOR**
RUBÉN QUESADA CASTRO, ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA, INMACULADA SEVILLA SERRANO, DOLORES ROMERO ROMÁN Y JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO 2319
- 499 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA, MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO, LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO Y NATALIA SERRANO OÑORO 2323
- 500 UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DENTRO DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**
LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO, NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA Y MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO 2327

- 501 EL CELADOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO AL PACIENTE. CONSIDERACIONES GENERALES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR**
LUIS ARJONA ROMERO, MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO,
NATALIA SERRANO OÑORO, MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA Y
MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO 2331
- 502 LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS A TRAVÉS DE LOS RECURSOS HUMANOS**
M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA, CARMEN MARÍA ZARCO
TENDERO Y LAURA MONTERO MARTÍNEZ 2335
- 503 COMO EVITAR LA VIOLENCIA HACIA LOS CELADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, SUSANA B GALLEGU DEL
CERRO, SERGIO REPISO FERNÁNDEZ, ANA MARÍA CALVO
FERNÁNDEZ Y JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO 2339
- 504 EL CELADOR Y LA CONFIDENCIALIDAD PARA EL PACIENTE**
JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, SERGIO REPISO
FERNÁNDEZ, SUSANA B GALLEGU DEL CERRO, JUAN GONZALO
RAMÍREZ CASTELLANO Y ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ 2343
- 505 EL TRATO HUMANO DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ, ANA MARÍA CALVO
FERNÁNDEZ, JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO, SUSANA B
GALLEGU DEL CERRO Y SERGIO REPISO FERNÁNDEZ 2347
- 506 LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL CELADOR**
JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, DOLORES
ROMERO ROMÁN, RUBÉN QUESADA CASTRO, ANA ISABEL
MUÑOZ TORRERO PEÑA Y INMACULADA SEVILLA SERRANO 2351
- 507 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE LAS CAÍDAS DE PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN FELIP GOLDEIRO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO,
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA Y
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 2355

- 508 EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**
JUAN FELIP GOLDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO,
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA Y
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 2359
- 509 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
JUAN FELIP GOLDERO, PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO,
EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ, MONICA MOHORTE GARCIA Y
ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ 2363
- 510 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL**
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE
CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO, JOSE HERREROS
MAGAN Y SERGIO HERREROS ROSILLO 2367
- 511 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE
CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO, JOSE HERREROS
MAGAN Y SERGIO HERREROS ROSILLO 2371
- 512 EL PERSONAL ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN**
MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO, MONTSERRAT CHICOTE
CICUENDEZ, MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO, JOSE HERREROS
MAGAN Y SERGIO HERREROS ROSILLO 2375
- 513 LA LABOR DEL CELADOR DESIGNADO EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL**
PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ, RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL
GONZÁLEZ RUIZ, FELIX MARTIN-NIETO MORENO Y NOHEMI
GARCIA FUENTES 2379

514	LA LABOR DEL CELADOR EN EL PARITORIO Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA UNIDAD PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ, RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, FELIX MARTIN-NIETO MORENO Y NOHEMI GARCIA FUENTES	2383
515	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL BUEN USO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: EN CESIONES Y CONSULTAS ANA MARIA PATO DE PABLO, SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ	2387
516	LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PLANTAS DEL HOSPITAL Y EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ, RAUL MARIN RAMIREZ, RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ, FELIX MARTIN-NIETO MORENO Y NOHEMI GARCIA FUENTES	2391
517	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AYUDAS EN EL TRANSPORTE SANITARIO DE LOS PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA ANA MARIA PATO DE PABLO, SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ	2395
518	HABILIDADES Y CAPACIDADES QUE TIENE QUE TENER EL CELADOR HADILLA MOHAMED ABDESELAM	2399
519	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO ACTUAR PARA PRESERVAR QUE SE CUMPLEN LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS ANA MARIA PATO DE PABLO, SUSANA OCHOA GUIJARRO, MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ, MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN Y MARIA JOSE ROMERO PEREZ	2403

- 520EL CELADOR Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO
SANITARIO
ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ 2409
- 521LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS
REMEDIOS LIZCANO, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO,
RAQUEL GARRIDO CALA, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN Y
FERNANDO JIMENEZ 2413
- 522LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN
EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA
REMEDIOS LIZCANO, JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO,
RAQUEL GARRIDO CALA, FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN Y
FERNANDO JIMENEZ 2419
- 523EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE, LA
FAMILIA Y SU ENTORNO
FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ, MARIA LUISA MONEDERO
IZQUIERDO, RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO, MARÍA DEL MILAGRO
GALLEGO CASTILLA Y LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ
CAÑADAS 2425
- 524INSTALACIÓN DE PARARRAYOS, POR PARTE DEL PERSONAL
ELECTRICISTA
DAVID NAVARRO SAN JULIAN Y ADRIAN GONZALEZ LASSO 2431
- 525EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL
ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ,
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ
Y BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ 2435
- 526EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SERVICIO DE CITA PREVIA
EN ATENCIÓN PRIMARIA
ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ,
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ
Y BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ 2439

- 527 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y TODAS SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE SUMINISTROS**
ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ,
LORENA SORIANO ALARCON, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ
Y BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ 2443
- 528 **LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL CENTRO DE SALUD Y LOS MECANISMOS A SU ALCANCE PARA ALIVIAR EL DESGASTE EMOCIONAL**
MARÍA LÓPEZ CABAÑERO 2447
- 529 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS**
CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO, MARIA COTILLAS
GUERRERO, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS Y LAURA
NAVARRO BALLESTEROS 2449
- 530 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CONSULTAS EXTERNAS**
MARIA COTILLAS GUERRERO, CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ
RUBIO, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS Y LAURA NAVARRO
BALLESTEROS 2453
- 531 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: QUEJAS Y SUGERENCIAS**
MARIA COTILLAS GUERRERO, CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ
RUBIO, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS Y LAURA NAVARRO
BALLESTEROS 2457
- 532 **AGRESIONES SUFRIDAS POR EL PERSONAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LOS CENTROS SANITARIOS**
ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ 2463
- 533 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL**
DOLORES ROMERO ROMÁN, RUBÉN QUESADA CASTRO, JOSÉ
CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO, ANA ISABEL MUÑOZ
TORRERO PEÑA Y INMACULADA SEVILLA SERRANO 2467
- 534 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES MAS COMUNES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN, ROCIO NAVARRO CUTANDA,
LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO Y
PILAR CÓRCOLES LOZANO 2471

- 535EL CALEFACTOR COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE UN HOSPITAL Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN: REJILLAS, DIFUSORES Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2475
- 536EL CALEFACTOR Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, ANTONIO RUIZ ESCUDERO Y FRANCISCO GONZALEZ TEBAR 2479
- 537EL CALEFACTOR Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS
ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, FRANCISCO GONZALEZ TEBAR Y ANTONIO RUIZ ESCUDERO 2483
- 538EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DEL PACIENTE
GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE, REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ Y JONATAN VICENTE BARROSO 2487
- 539EL CELADOR Y SU COMETIDO EN LA SALUD MENTAL
GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE, REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA, MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ Y JONATAN VICENTE BARROSO 2491
- 540LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN UN QUIRÓFANO
MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ, JONATAN VICENTE BARROSO, GLORIA PANIAGUA LEAL, JUANA DUQUE DUQUE Y REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA 2495
- 541LAS FUNCIONES GENERALES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN, JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA ESCALONILLA Y RAFAEL DE LA TORRE BUENO 2499

- 542EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO PARA LEVANTAR A UN
PACIENTE DE LA CAMA AL SILLÓN
CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA, VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ,
NURIA GARCÍA GARRIDO, VICENTE GARCIA MARTÍNEZ Y
VICENTE GARCÍA GARRIDO** **2503**
- 543LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS
EXTERNAS
MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN, JUAN MANUEL BARAJAS
VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA ESCALONILLA Y RAFAEL DE LA
TORRE BUENO** **2507**
- 544LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RAYOS X
MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN, JUAN MANUEL BARAJAS
VAZQUEZ, JUAN PRUAÑO, NOELIA ESCALONILLA Y RAFAEL DE LA
TORRE BUENO** **2511**
- 545FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE FARMACIA
HOSPITALARIA
MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO
JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ
MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ Y RUBÉN RUIZ ESTEBAN** **2515**
- 546FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE
DOCUMENTACIÓN SANITARIA (ART. 14.2 ESTATUTO DE
PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS II.SS.)
MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO
JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ
MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ Y RUBÉN RUIZ ESTEBAN** **2519**
- 547FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR EN EL
ALMACÉN HOSPITALARIO
MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO, FRANCISCO
JAVIER GÓMEZ GARCÍA, MARIA DEL CARMEN SANCHEZ
MORALES, FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ Y RUBÉN RUIZ ESTEBAN** **2523**

- 548 LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS. EL ANIMALARIO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTE ÁMBITO**
FRANCISCA DE TORO CUCHILLO Y MARÍA AURORA LEÓN CASAS 2527
- 549 LAS SALAS DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE LOS CENTROS SANITARIOS: FUNCIONES DE LOS CELADOR EN DICHAS SALAS**
NURIA GARCÍA GARRIDO, VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA Y VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ 2531
- 550 SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA ACTUACIÓN DEL CELADOR**
VICENTE GARCIA MARTÍNEZ, VICENTE GARCÍA GARRIDO, CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA, VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ Y NURIA GARCÍA GARRIDO 2535
- 551 EL MECÁNICO DEL HOSPITAL Y EL ARREGLO DE CAMAS ARTICULADAS COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO**
JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ, RAFAEL LARA BARBERÁ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ Y ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO 2539
- 552 EL MECÁNICO Y EL MANTENIMIENTO DE UN CAUDALÍMETRO DE OXÍGENO EN LAS PLANTAS DE UN HOSPITAL**
JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, RAFAEL LARA BARBERÁ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ Y ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO 2543
- 553 LA IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO POR LOS MECÁNICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
RAFAEL LARA BARBERÁ, JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ, ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ, CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ Y ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO 2547
- 554 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA EN CENTROS HOSPITALARIOS**
LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES, ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA Y MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ 2551

- 555 EL CELADOR Y EL TRASLADO DEL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CAMA O CAMILLA**
SALVADOR PALAZON VALCARCEL, NIEVES HENARES ROSA Y MERCEDES GARCIA HIDALGO RAMIREZ DEL POZO 2555
- 556 EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL**
SALVADOR PALAZON VALCARCEL, MERCEDES GARCIA HIDALGO RAMIREZ DEL POZO Y NIEVES HENARES ROSA 2559
- 557 EL PAPEL DEL CELADOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES, ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA Y MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ 2563
- 558 ERGONOMÍA DEL TRABAJO, RIESGOS: HIGIENE POSTURAL, FATIGA VISUAL Y SÍNDROME DE BURNOUT**
TERESA JAREÑO ROMERA, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO 2567
- 559 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ATENCIÓN TELEFÓNICA COMO UNA DE SUS FUNCIONES EN LA SANIDAD**
MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN, ROCIO NAVARRO CUTANDA, LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO Y PILAR CÓRCOLES LOZANO 2575
- 560 CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ, NURIA JIMÉNEZ DÍAZ Y DAVID MUÑOZ DEL OLMO 2579
- 561 EL CELADOR EL MANEJO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS A LOS PACIENTES QUE LO REQUIEREN**
JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ, ROCIO LIMON RUIZ, NURIA JIMÉNEZ DÍAZ Y DAVID MUÑOZ DEL OLMO 2583

- 562 TIPO DE URGENCIAS Y EL CELADOR DE PUERTAS ANTE ELLAS
JESUS MUÑOZ DEL OLMO, MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ,
ROCIO LIMON RUIZ, NURIA JIMÉNEZ DÍAZ Y DAVID MUÑOZ DEL
OLMO 2587
- 563 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE.
ULISES ROMERO VERGARA, GEMA MORALES GÓMEZ, GLORIA
HERNANDEZ TOMAS, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2591
- 564 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA
ERGONOMÍA.
ULISES ROMERO VERGARA, GEMA MORALES GÓMEZ, GLORIA
HERNANDEZ TOMAS, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2595
- 565 LA VIOLENCIA LABORAL SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
ULISES ROMERO VERGARA, GEMA MORALES GÓMEZ, GLORIA
HERNANDEZ TOMAS, FRANCISCA BOTIJA GARRIDO Y JUAN
BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA 2599
- 566 LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE
PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL
MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN, ROCIO NAVARRO CUTANDA,
LAURA MONTERO NIEVES, ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO Y
PILAR CÓRCOLES LOZANO 2603
- 567 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL
LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y
MARÍA CELIBERTI RIBERA 2607
- 568 EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA UNIDAD DE FARMACIA
HOSPITALARIA
LLANOS LANDETE LOPEZ, MANUEL INOCENCIO MORALES,
ENCARNACION PATERNA SERNA, BEATRIZ MARÍN GARCÍA Y
MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ 2611
- 569 EL PLANCHADOR/A EN LA CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS
DE LA ROPA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.
MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ 2615

- 570 ACIDENTES LABORALES QUE SE DAN EN LA PLANCHA EN LOS CENTROS SANITARIOS.**
MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA,
URSULA DIAZ SEGOVIA, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA Y
ISABEL ATIENZAR GÓMEZ 2619
- 571 LA IMPORTANCIA DEL REPASO DE PRENDAS EN EL PLANCHADO EN CENTROS SANITARIOS.**
MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA, ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA,
URSULA DIAZ SEGOVIA, FRANCISCA HONRUBIA VILLENA Y
ISABEL ATIENZAR GÓMEZ 2623
- 572 TÉCNICAS DE PLANCHADO QUE DEBE CONOCER EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.**
ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA, URSULA DIAZ SEGOVIA, FRANCISCA
HONRUBIA VILLENA, ISABEL ATIENZAR GÓMEZ Y MARIA
ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 2627
- 573 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES QUÍMICOS**
MARIA JOSE MORA CEREZO, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JOSEFA
COUQUE MOTILLA 2631
- 574 FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CONTAGIOSO**
ALBA ROMERO PARADA, JOSE LUIS BENITEZ LASERMA,
FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR
PEREZ Y MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA 2637
- 575 LA SALUD MENTAL Y EL EL ESTRÉS LABORAL EN EL CELADOR**
CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO, JORGE FRANCISCO MARTÍN
MAZA Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2641
- 576 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**
MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO, M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO
Y TERESA JAREÑO ROMERA 2647

- 577 ATENCIÓN A PACIENTES, PROGRAMACIÓN DE CITAS Y ADMINISTRACIÓN DE LA RECEPCIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARILINI DELGADO MEJIA, LORENA DUARTE SÁNCHEZ, JORGE VARELA GUERRA, YAMILA MOHAMED MOHAMED Y MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO 2651
- 578 DOMINANDO LA FACTURACIÓN MÉDICA: CONSEJOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA Y MARIA DEL MAR PALENCIA RICO 2655
- 579 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA Y MARIA DEL MAR PALENCIA RICO 2661
- 580 ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN QUIRÓFANO**
BELÉN LOSA MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS, TERESA BLANCO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA Y MARIA DEL MAR PALENCIA RICO 2667
- 581 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
MARÍA DEL RIVERO ARTIME 2671
- 582 SERVICIO DE LAVANDARERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA. EL PLANCHADO EN DIFERENTES FIBRAS**
MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, ALMUDENA GALINDO GARVI, ANDREA BARBERO CAÑADAS Y MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA 2675
- 583 SERVICIO DE LAVANDERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA. TIPOS DE MANCHAS Y COMO ELIMINARLAS**
MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2679

- 584 LOS RIESGOS ESPECÍFICOS QUE PUEDE SUFRIR EL PERSONAL DE LAVANDERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA**
MARIA DOLORES ALFARO CUERDA, YOLANDA BARBERO CAÑADAS, MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA, ALMUDENA GALINDO GARVI Y ANDREA BARBERO CAÑADAS 2683
- 585 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO**
M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO, MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO Y TERESA JAREÑO ROMERA 2687
- 586 ACTUACIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE DIGESTIVO**
JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO Y RAMON QUINTANILLA OLMEDO 2693
- 587 EL CELADOR DE RAYOS EN LAS PLACAS RADIOLÓGICAS CON EL EQUIPO DE RAYOS X PORTÁTIL**
JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO Y RAMON QUINTANILLA OLMEDO 2697
- 588 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA**
JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ, BARBARO GONZALEZ MARTINEZ, LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE, MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO Y RAMON QUINTANILLA OLMEDO 2701
- 589 EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: FUNCIONES DEL CELADOR**
RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ, LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN Y MARÍA CELIBERTI RIBERA 2705
- 590 UTILIZACIÓN DE GRÚAS PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR**
MARÍA CELIBERTI RIBERA, RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ Y LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN 2709

- 591 LA COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LA ANESTESIA EPIDURAL
A LA MUJER EMBARAZADA**
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO
LIZANO FERNANDEZ Y MIGUEL ANGEL VELA SANTOS 2715
- 592 LA LABOR DEL CELADOR EN LA RESONANCIA MAGNETICA CON
SEDACIÓN**
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO
LIZANO FERNANDEZ Y MIGUEL ANGEL VELA SANTOS 2719
- 593 MANEJO Y TÉCNICAS EN EL USO POR EL CELADOR DE LA GRÚA
MECÁNICA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ, ALBERTO CARLOS
MOLINA ORTEGA, MARIO PALOMARES JIMENEZ, FERNANDO
LIZANO FERNANDEZ Y MIGUEL ANGEL VELA SANTOS 2723
- 594 RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA POR EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO RELACIONADAS CON LA CIBERSEGURIDAD**
MARIA JOSE MORA CEREZO, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JOSEFA
COUQUE MOTILLA 2727
- 595 ENFERMEDAD DEL TÚNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
MARIA JOSE MORA CEREZO, VERÓNICA PÉREZ ORTIZ, MARÍA
TERESA GARCIA JIMENEZ, MERCEDES GARCÍA GARCÍA Y JOSEFA
COUQUE MOTILLA 2731
- 596 EL PINCHE DE COCINA EN LA PRÁCTICA DE LA TÉCNICA DE
ESCALADO**
PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, MARÍA DE LA SIERRA
CAMACHO CAÑADILLA, MONICA GARCIA RUBIO, CRISTINA
CAMARENA CRIADO Y ELENA MARTÍNEZ BENITO 2735

- 597 EL PINCHE DE COCINA Y EL PROTOCOLO DE DIETA HOSPITALARIA**
PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, ELENA MARTÍNEZ BENITO, CRISTINA CAMARENA CRIADO, MONICA GARCIA RUBIO Y MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA 2739
- 598 EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA DE LOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA**
PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS, CRISTINA CAMARENA CRIADO, MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA, ELENA MARTÍNEZ BENITO Y MONICA GARCIA RUBIO 2743
- 599 TÉCNICAS DE LA SOLDADURA CON LLAMA POR LOS CALEFACTORES DE UN HOSPITAL**
FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR, JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA Y JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ 2747
- 600 EL CALEFACTOR SANITARIO: FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL**
FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ 2751
- 601 EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS EQUIPOS SANITARIOS**
FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR, JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ, JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA, FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA Y JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ 2755
- 602 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
MIRIAM CABAÑAS MORENO, CRISTINA REDRUEJO MORA, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES, ELENA ROMERO ROMERO Y MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO 2759

- 603EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL ARCHIVO HOSPITALARIO**
MIRIAM CABAÑAS MORENO, LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES,
CRISTINA REDRUEJO MORA, MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO Y
ELENA ROMERO ROMERO 2763
- 604MEJORANDO LA EFICIENCIA DEL APOYO ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL USUARIO**
MIRIAM CABAÑAS MORENO, ELENA ROMERO ROMERO, MARÍA
ISABEL CABAÑAS MORENO, CRISTINA REDRUEJO MORA Y LUNA
BELÉN BAUTISTA CUMBRES 2767
- 605FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA**
ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU
RODRIGUEZ CUESTA, CRISTINA MORENO CUESTAS Y JOSE
MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO 2771
- 606EL CELADOR Y LA PACIENTE PARTURIENTA**
ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU
RODRIGUEZ CUESTA, CRISTINA MORENO CUESTAS Y JOSE
MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO 2775
- 607EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
ANTONIO GARCIA TOMAS, DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, IZASKU
RODRIGUEZ CUESTA, CRISTINA MORENO CUESTAS Y JOSE
MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO 2779
- 608LA LABOR DEL CELADOR EN ATENCIÓN AL PÚBLICO**
JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA, CARLOS JESUS CARMONA
HIDALGO Y PABLO MARTÍN ESCABIAS 2783
- 609EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN EL TRASLADO DE PACIENTES DENTRO DEL HOSPITAL**
MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ, MARCELO DE PAZ MUÑOZ,
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN
MORA SANTIAGO 2787

- 610 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO
HOSPITALARIO**
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI
CARMEN MUÑOZ DÍAZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN MORA
SANTIAGO 2791
- 611 EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE UNA CESÁREA DE
EMERGENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ, MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ,
MARCELO DE PAZ MUÑOZ, BORJA LOPEZ ONSURBE Y FROILAN
MORA SANTIAGO 2795
- 612 MÉTODOS DE CLASIFICACIÓN Y SEPARACIÓN DE ROPA EN
LAVANDERÍA DE HOSPITALES**
CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y
MANUEL GALDÓN GARVÍ 2799
- 613 PROCEDIMIENTOS AUTOMATIZADOS DE LAVADO DE ROPA
HOSPITALARIA**
CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y
MANUEL GALDÓN GARVÍ 2807
- 614 RELACIÓN ENTRE EL AUSENTISMO Y LAS DIFICULTADES EN EL
TRABAJO DE EMPLEADOS EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS
PÚBLICAS**
CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y
MANUEL GALDÓN GARVÍ 2815
- 615 LOS DISTINTOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS SANITARIOS Y LA
GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, CRISTINA PÉREZ PÉREZ, BEATRIZ PEREZ
PEREZ, ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ Y FRANCISCO AMARILLO
GARCÍA 2821

- 616 LA ADMINISTRACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN HOSPITALARIA
DE LOS DATOS DE PACIENTES SEGÚN EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA, ELENA
TORRALBA FERNÁNDEZ, BEATRIZ PEREZ PEREZ Y CRISTINA
PÉREZ PÉREZ 2827
- 617 LA ATENCIÓN VÍA TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES EN LOS
CENTROS DE SALUD POR PARTE DEL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO**
IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO, BEATRIZ PEREZ PEREZ, CRISTINA PÉREZ
PÉREZ, FRANCISCO AMARILLO GARCÍA Y ELENA TORRALBA
FERNÁNDEZ 2833
- 618 TIPOS DE SERVICIOS DE LAVANDERÍA EN ENTORNOS
HOSPITALARIOS**
MANUEL GALDÓN GARVÍ, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES Y
CRISTINA GARCIA REYES 2837
- 619 MOBBING EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN HOSPITAL**
MARÍA ARENAS MOTILLA, CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL
RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES Y JOSE VICENTE
DE TRINCHERIA CAMPOS 2843
- 620 COLABORACIÓN EN EQUIPO EN LOS PROCESOS DE PLANCHADO
EN EL ENTORNO DE CENTROS MÉDICOS**
MARÍA ARENAS MOTILLA, CRISTINA GARCIA REYES, VIDAL
RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES Y JOSE VICENTE
DE TRINCHERIA CAMPOS 2849
- 621 INTERACCIÓN DEL PERSONAL NO MÉDICO CON LOS
PACIENTES: EL PERSONAL ENCARGADO DE LA PLANCHA**
MARÍA ARENAS MOTILLA, CRISTINA GARCIA REYES, JOSE
VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO
Y SANDRA GARCÍA REYES 2855

- 622** **LOS PELIGROS BIOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 2861
- 623** **RECURSOS MATERIALES EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN CENTRO SANITARIO.**
VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 2867
- 624** **ACCIDENTES DURANTE EL TRAYECTO DE IDA Y VUELTA AL TRABAJO EN EL PERSONAL DE PLANCHADO EN EL HOSPITAL**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES, MARÍA ARENAS MOTILLA Y CRISTINA GARCIA REYES 2873
- 625** **SITUACIONES DE ESTRÉS EN EL PERSONAL DE PLANCHADO EN HOSPITALES**
JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS, VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA GARCÍA REYES, CRISTINA GARCIA REYES Y MARÍA ARENAS MOTILLA 2879
- 626** **INSTALACIONES HOSPITALARIAS. EL ALMACÉN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTE ÁMBITO**
FRANCISCA DE TORO CUCHILLO Y MARÍA AURORA LEÓN CASAS 2883
- 627** **EL ROL DEL CELADOR EN EL EQUIPO DE TRABAJO**
PABLO MARTÍN ESCABIAS, JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA Y CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO 2889
- 628** **EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ, VERÓNICA PASTRANA RUIZ, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ Y ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA 2893

- 629 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE CELADORES Y PACIENTES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ, JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA,
VERÓNICA PASTRANA RUIZ, ROBERTO CARLOS CABELLO
CARMONA Y LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ 2897
- 630 LAS ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN**
MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ, LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ,
ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA, VERÓNICA PASTRANA
RUIZ Y JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA 2901
- 631 EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES HOSPITALARIOS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA**
BIANCA ANCUTA PUSCAS, CRISTINA RUIZ SORIA Y BEATRIZ
CERCEDA LORENZANA 2905
- 632 LOS PACIENTES ALTERADOS Y CONFLICTIVOS Y LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN URGENCIAS**
CRISTINA RUIZ SORIA, BEATRIZ CERCEDA LORENZANA Y BIANCA
ANCUTA PUSCAS 2909
- 633 EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HOSPITALARIOS**
BEATRIZ CERCEDA LORENZANA, BIANCA ANCUTA PUSCAS Y
CRISTINA RUIZ SORIA 2913
- 634 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: COMPARTICIÓN DE IMPRESORAS**
EVA MUÑOZ ESPIN 2917
- 635 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO: DISTINTOS TIPOS DE DIETAS**
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2921

- 636EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: TRANSPORTE DE LAS DIETAS. CARROS ISOTÉRMICOS**
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2925
- 637EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: RIESGOS Y ACCIDENTES EN LA REALIZACIÓN DE SU LABOR**
MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO, ALICIA SÁNCHEZ LLANOS,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA CONCEPCIÓN
GARCIA-HERAS Y ELENA SÁNCHEZ LLANOS 2929
- 638EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA AUTOPSIA**
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 2933
- 639EL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES**
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ, MARÍA SOLEDAD RUIZ
MOLERO Y MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS 2937
- 640EL CELADOR HOSPITALARIO: TIPOS**
MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE, ELENA SÁNCHEZ LLANOS,
RAÚL MARTÍN GARCÍA, ENCARNALÓPEZ CABALLERO Y MARÍA
DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS 2941
- 641EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS FUNCIONES EN LA UCI**
ENCARNALÓPEZ CABALLERO, ELENA SÁNCHEZ LLANOS, RAÚL
MARTÍN GARCÍA, MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE Y MARÍA
DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS 2945
- 642EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS**
ENCARNALÓPEZ CABALLERO, ELENA SÁNCHEZ LLANOS, RAÚL
MARTÍN GARCÍA, MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE Y MARÍA
DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS 2949

- 643EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES A REALIZAR EN ALMACÉN**
ELENA SÁNCHEZ LLANOS, JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ,
ALICIA SÁNCHEZ LLANOS, MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO Y
FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ 2953
- 644EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LOS PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES POR EL USO DE MASCARILLA**
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS, EVA MARIA LOBATO DIAZ,
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ELENA GALÁN MORANTE Y
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 2957
- 645EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES/USUARIOS**
EVA MARIA LOBATO DIAZ, ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2961
- 646UNA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE CALIDAD**
ZAIRA OUTEIRO FERNÁNDEZ 2965
- 647EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU LABOR EN FARMACIA**
EVA MARIA LOBATO DIAZ, ELENA GALÁN MORANTE, ESTRELLA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2969
- 648EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL PACIENTE AGRESIVO**
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ELENA GALÁN MORANTE,
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2973
- 649EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA**
FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ, ELENA GALÁN MORANTE,
ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, EVA MARIA LOBATO DIAZ Y
ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS 2977

650	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE NUTRICIÓN PARENTERAL HOSPITALARIA ELIA GIJON GARCIA, CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y DIANA AZCARAY GÓMEZ	2981
651	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS ELIA GIJON GARCIA, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, DIANA AZCARAY GÓMEZ, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y CRISTINA GALAN SANANDRES	2985
652	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE DONACIONES DE PLAQUETAS HOSPITALARIA ELIA GIJON GARCIA, CRISTINA GALAN SANANDRES, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO, MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS Y DIANA AZCARAY GÓMEZ	2989
653	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA TARJETA SANITARIA MARTA YOUSRI VÁZQUEZ, CRISTINA MORA GALÁN, CORNELIA ANA BISU, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN Y CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ	2993
654	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL SUEÑO MARTA YOUSRI VÁZQUEZ, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CORNELIA ANA BISU Y CRISTINA MORA GALÁN	2997
655	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS MARTA YOUSRI VÁZQUEZ, CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ, MARIA PILAR GOMEZ MARTIN, CORNELIA ANA BISU Y CRISTINA MORA GALÁN	3003
656	ESTRÉS LABORAL EN SANIDAD SONIA ABAD CORTES	3007
657	RECICLAJE DE RESIDUOS MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO	3011

- 658EL CELADOR HOSPITALARIO: EVACUACIÓN DE PACIENTES**
MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ, JOSÉ MANUEL MORA
FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, ALEJANDRO
MORALES HERNÁNDEZ Y ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ 3015
- 659LA ERGONOMÍA DEL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL**
VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ,
MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, MARIA DOLORES TORIJA
BARRAGAN Y ANTONIA FERNANDEZ BELLON 3019
- 660EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ, ALEJANDRO MORALES
HERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, JOSÉ MANUEL
MORA FERNÁNDEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3023
- 661EL TRABAJO A TURNOS DEL CELADOR HOSPITALARIO**
MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO, ROSA MARÍA MUÑOZ
SÁNCHEZ, ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ, JOSÉ MANUEL
MORA FERNÁNDEZ Y MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ 3027
- 662EL CELADOR HOSPITALARIO: CONTENCIÓN MECÁNICA DE
PACIENTES AGRESIVOS**
MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, ANA MARIA DEL
PUEBLO MOLINA Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3031
- 663EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES**
MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, ANA MARIA DEL
PUEBLO MOLINA Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3035
- 664EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE TRASPLANTES**
ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO,
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y
NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3039

- 665 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES MENTALES**
ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO,
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y
NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3043
- 666 EL CELADOR HOSPITALARIO: EVACUACIÓN POR EMERGENCIA**
MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ, MARIA NIEVES GARCÍA
SALMERÓN, DOMENICA AUDITORE BRICHETE, ANA MARIA DEL
PUEBLO MOLINA Y SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA 3047
- 667 CUIDADOS Y AYUDA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**
ARACELI CARVAJAL TANTE, SONIA CORROCHANO GARRIDO,
TAMARA CARRILLO LÓPEZ, CRISTINA REQUENA MARTINEZ Y
NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ 3051
- 668 EL CELADOR: PACIENTE CARDÍACO DESDE SU INGRESO HASTA SU ALTA HOSPITALARIA**
VICTOR GARCIA GARCIA 3055
- 669 SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LAS TAREAS DEL CELADOR**
NATALIA MARCOS GÓMEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO,
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ Y MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ 3059
- 670 EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA HOSPITALARIO Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE ÁREA**
NATALIA MARCOS GÓMEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO,
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ Y MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ 3063
- 671 TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA**
NATALIA MARCOS GÓMEZ, RAUL MARTIN CARO CUDERO,
MARTA ALANIS AVILA, CRISTINA CAMINO MUÑOZ Y MIGUEL
ANGEL ASPERILLA LOPEZ 3067

- 672 COORDINACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL EQUIPO MEDICO**
ELENA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA Y MARTA ORTEGA GOMEZ 3071
- 673 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CODIFICACIÓN MÉDICA**
ELENA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA Y MARTA ORTEGA GOMEZ 3075
- 674 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS BAJAS LABORALES DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS**
ELENA ORTEGA GOMEZ, ÁLVARO CASTILLO ORTEGA, LARA ALVAREZ ALCAIDE, MONICA NAVARRO AGUILERA Y MARTA ORTEGA GOMEZ 3079
- 675 EL CELADOR ANTE EL ESTRÉS PROFESIONAL: IMPACTO SOBRE SALUD**
VICTOR GARCIA GARCIA 3083
- 676 CELADOR EN BOXES Y URGENCIAS**
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, VIRGINIA CUERDA CANO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3089
- 677 FUNCIONES CELADOR TRASLADO DE MUESTRAS**
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, VIRGINIA CUERDA CANO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3093
- 678 FUNCIONES DEL CELADOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO, ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ, MIGUEL SORIA TORRALBA, VIRGINIA CUERDA CANO Y CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES 3097

- 679 VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS PREPARADOS POR EL PINCHE DE COCINA EN HOSPITALES**
MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA, VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN Y ANTONIA FERNANDEZ BELLON 3101
- 680 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL MANTENIMIENTO, CUIDADO Y LIMPIEZA DEL MOBILIARIO EN LA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ Y FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ 3105
- 681 FUNCIONES QUE REALIZA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE PLATOS FRÍOS, ENTREMESSES Y POSTRES DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ Y FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ 3109
- 682 TAREAS QUE EJECUTA EL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA Y USO DE MAQUINARIA, ÚTILES Y EQUIPOS BÁSICOS DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE, MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA, VERONICA DONOSO CONDE, ROSA MARIA BRAVO LOPEZ Y FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ 3113
- 683 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE COCINA**
ANTONIA FERNANDEZ BELLON, VICTOR SERRANO SIMON, CARMEN JIMENEZ MARTINEZ, MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA Y MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN 3119

- 684 TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN QUIRÚRGICA**
ANA MARÍN MUNUERA, MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ, MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN, MARTA GOMEZ ROJAS Y MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO 3123
- 685 QUÉ ESTRUCTURACIÓN TIENE LA COCINA HOSPITALARIA: POR EL PINCHE**
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO Y FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ 3129
- 686 CÓMO ES EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CIRCUITOS DE DISTRIBUCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHES**
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO Y FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ 3133
- 687 QUÉ HAY QUE HACER A LA HORA DE MANIPULAR ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PINCHES**
MANUELA JIMENEZ GONZALEZ, VIRTUDES HONRUBIA AROCA, JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ, FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO Y FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ 3137
- 688 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
CARMELO ZAMORANO PANZANO, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO Y PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 3141
- 689 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
CARMELO ZAMORANO PANZANO, MARIA ELENA MARTINEZ MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO Y PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 3145

- 690EL PERSONAL MECÁNICO Y LOS CONOCIMIENTOS DE
SOLDADURA POR LLAMA: SOLDADURA OXIACETILÉNICA**
OSCAR CASTILLO ESPADAS, ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ
RECIO, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN Y
JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3149
- 691EL PERSONAL DE MECANICO Y SU LABOR EN EL PARTE DE LAS
BALAS DE OXÍGENO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, OSCAR CASTILLO
ESPADAS, JOSE DANIEL SUSIN MONTERO, MARIO MARTÍNEZ LEÓN
Y JUSTINIANO RODRIGO NARANJO 3153
- 692EL PERSONAL MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE LOS
SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES DE UN
CENTRO HOSPITALARIO**
JUSTINIANO RODRIGO NARANJO, OSCAR CASTILLO ESPADAS,
ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO, JOSE DANIEL SUSIN
MONTERO Y MARIO MARTÍNEZ LEÓN 3157
- 693EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ARCHIVO DE UN CENTRO
HOSPITALARIO: FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS**
CARMELO ZAMORANO PANZANO, MARIA ELENA MARTINEZ
MORENO, LAURA TEBAR TORRES, BELEN PALACIOS LOZANO Y
PAULA DIAZ MECO ALVAREZ 3161
- 694ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO MENTAL**
DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ 3165
- 695LAS HABILIDADES BLANDAS O “SOFT SKILLS” EN EL PERSONAL
DEL ÁMBITO SANITARIO**
NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ
ALVAREZ Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 3169
- 696EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA DE
OFTALMOLOGÍA**
JUAN CARLOS PÉREZ SELVA, JUSTO CANALES BARTOLOME,
ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA Y
FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO 3175

- 697 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE**
MARINA GUERRERO GARCIA, NURIA CARRASCO MURILLO,
FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ
CHUMILLAS Y ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO 3179
- 698 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CATARATAS**
JUSTO CANALES BARTOLOME, ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA
ANGELES MOLINA GARCÍA, FRANCISCO JONATAN GARCESO
GRUESO Y JUAN CARLOS PÉREZ SELVA 3183
- 699 EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ADENOCARCINOMA DE PIEL**
JUSTO CANALES BARTOLOME, ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA
ANGELES MOLINA GARCÍA, FRANCISCO JONATAN GARCESO
GRUESO Y JUAN CARLOS PÉREZ SELVA 3187
- 700 TAREAS DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA**
JUSTO CANALES BARTOLOME, ANTONIO HERVÁS GARCÍA, MARIA
ANGELES MOLINA GARCÍA, FRANCISCO JONATAN GARCESO
GRUESO Y JUAN CARLOS PÉREZ SELVA 3191
- 701 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS**
ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES 3195
- 702 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS O PACIENTES**
MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN Y SOLEDAD DEL PUEBLO
MOLINA 3199
- 703 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: CONOCIMIENTOS**
MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN Y SOLEDAD DEL PUEBLO
MOLINA 3203

704	TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DE LA CABEZA DEL PACIENTE MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ Y JORGE GUZMÁN LÓPEZ	3207
705	TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL PACIENTE QUE SUFRE DE POLITRAUMATISMO MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ Y JORGE GUZMÁN LÓPEZ	3211
706	TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MARCAPASOS MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ, M CARMEN NAVARRO RAYA, SARAY RODRÍGUEZ, DIEGO GUZMÁN LOPEZ Y JORGE GUZMÁN LÓPEZ	3217
707	LAS TÉCNICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO, MARINA GUERRERO GARCIA, NURIA CARRASCO MURILLO, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA Y PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS	3221
708	TRABAJO EN EQUIPO DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA LIDIA GIL MORENO, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO	3225
709	FUNCIONES DEL PINCHE EN LA PREVENCIÓN DE CONTAMINACIÓN BACTERIANA MEDIANRE BUENAS PRACTICAS DE HIGIENE LIDIA GIL MORENO, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO	3231

710 MUESTRAS TESTIGOS RECOGIDAS POR EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA LIDIA GIL MORENO, ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ, ANA GARCÍA, MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA Y MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO	3235
711 EL COMPORTAMIENTO DEL CELADOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, EL PLAN DE CATÁSTROFE VANESA MALDONADO PEREZ, JOSE MIGUEL PERALES VACA, FERNANDO PEREZ GALAN, MARIA ANGELES RÍOS LEDESMA Y JESUS PERALBO RIOS	3239
712 IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CITACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. NURIA CARRASCO MURILLO, FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA, PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS, ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO Y MARINA GUERRERO GARCIA	3243
713 CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO	3247
714 TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS DEL HOSPITAL. REHABILITACIÓN FUNCIONAL ANA BELÉN DÍAZ RODENAS, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, VIRGINIA PÉREZ BRAVO Y RAQUEL NAVARRO PONCE	3251
715 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL SÍNDROME DE LA FATIGA OCULAR ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA, SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA Y MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN	3257
716 NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU USO POR PACIENTES, USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ	3261

- 717 TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO**
ANA BELÉN DÍAZ RODENAS, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, VIRGINIA PÉREZ BRAVO Y RAQUEL NAVARRO PONCE 3265
- 718 ICTUS Y SÍNDROME POSTCAÍDA. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA. CASO CLÍNICO**
ANA BELÉN DÍAZ RODENAS, NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ, DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN, VIRGINIA PÉREZ BRAVO Y RAQUEL NAVARRO PONCE 3271
- 719 EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LOS PROGRAMAS CULTURALES DE LOS HOSPITALES**
M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS, LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y JUAN ANTONIO NIEBLAS RODRÍGUEZ 3283
- 720 EL CELADOR Y LA APLICACIÓN DE ENEMAS**
ALEJANDRO LÓPEZ JARA, JUANI NAHARRO MILLA, ISABEL MARIA GROMADA, JAVIER CRUZ SANTIAGO Y MARIA JOSE GARCIA ATIENZA 3287
- 721 EL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
ALEJANDRO LÓPEZ JARA, ISABEL MARIA GROMADA, MARIA JOSE GARCIA ATIENZA, JAVIER CRUZ SANTIAGO Y JUANI NAHARRO MILLA 3291
- 722 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA PROVOCACIÓN DE LA ALERGIA AL HUEVO EN EL NIÑO**
GREGORIA DUQUE LORENTE, DIANA MIRA RODRÍGUEZ, MAGDALENA SALAZAR CANO, CARMEN MORA DÍAZ Y PABLO MARTÍN SERRANO 3295
- 723 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA**
GREGORIA DUQUE LORENTE, PABLO MARTÍN SERRANO, MAGDALENA SALAZAR CANO, DIANA MIRA RODRÍGUEZ Y CARMEN MORA DÍAZ 3299

- 724 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE
OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**
GREGORIA DUQUE LORENTE, DIANA MIRA RODRÍGUEZ,
MAGDALENA SALAZAR CANO, CARMEN MORA DÍAZ Y PABLO
MARTÍN SERRANO 3303
- 725 COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UN
ELECTROCARDIOGRAMA**
PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO, NOELIA TORIJA GARCIA,
M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO, RAQUEL PIÑERO BLANCO Y
NURIA ALFARO LA ORDEN 3307
- 726 LA REHABILITACIÓN VISUAL DESDE LA EXPERIENCIA DE UN
TERAPEUTA OCUPACIONAL.**
JOSEFA CAÑAS CARRILLO, SONIA CANO PIQUERAS, MIRIAM SOSA
GORDO, OLGA LÓPEZ DURÁN Y ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA 3311
- 727 ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA EN LA ACCESIBILIDAD
UNIVERSAL EN UN CENTRO DE TRABAJO**
JOSEFA CAÑAS CARRILLO, OLGA LÓPEZ DURÁN, ANA BELÉN
ALCOCER ORTEGA, SONIA CANO PIQUERAS Y MIRIAM SOSA
GORDO 3315
- 728 RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS
MAYORES CONSIDERADAS FRÁGILES DESDE LA TERAPIA
OCUPACIONAL**
JOSEFA CAÑAS CARRILLO, MIRIAM SOSA GORDO, ANA BELÉN
ALCOCER ORTEGA, OLGA LÓPEZ DURÁN Y SONIA CANO
PIQUERAS 3321
- 729 EL CELADOR EN SALA DE AUTOPSIAS**
ALEJANDRO LÓPEZ JARA, JAVIER CRUZ SANTIAGO, MARIA JOSE
GARCIA ATIENZA, JUANI NAHARRO MILLA Y ISABEL MARIA
GROMADA 3325

- 730 ¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DEMENCIA?**
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3329
- 731 ¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA INTERVENCIÓN DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA?**
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3333
- 732 ¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON PARKINSON?**
CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN, BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
ALEXANDRA ARANDA ROMERO, SILVIA EXPOSITO Y ANGELA
GUIRADO MARTOS 3337
- 733 AVANCES QUE DEBEN DE CONOCER LOS PINCHES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES**
EVA MARIA MORENO ESCUDERO, PATROCINIO ALFARO GARCIA,
ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES GÓMEZ ZAPATA Y MARÍA JOSÉ
CIFUENTES CORBELLAS 3341
- 734 CÓMO DEBE ACTUAR EL PINCHE ANTE EL EMPLATADO EN LA COCINA HOSPITALARIA**
EVA MARIA MORENO ESCUDERO, PATROCINIO ALFARO GARCIA,
ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES GÓMEZ ZAPATA Y MARÍA JOSÉ
CIFUENTES CORBELLAS 3345
- 735 GESTIÓN DE LA CALIDAD POR EL PINCHE DE LA COCINA DE LOS HOSPITALES**
EVA MARIA MORENO ESCUDERO, PATROCINIO ALFARO GARCIA,
ISABEL MORENO SÁEZ, NIEVES GÓMEZ ZAPATA Y MARÍA JOSÉ
CIFUENTES CORBELLAS 3349

- 736 EL PACIENTE CON TUMOR CEREBRAL Y LA ATENCIÓN DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ
CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ
Y FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL 3353
- 737 EL PACIENTE CON SEPSIS GENERAL Y LA ATENCIÓN DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ
CHUECO, KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ, ELENA ROJAS RODRÍGUEZ
Y FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL 3357
- 738 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE UN
MARCAPASOS
MARÍA DEL CARMEN LENDÍNEZ SÁNCHEZ, JULIÁN GARCÍA
CONSUEGRA GALLEGU, RICARDO CARBONELL DE LA ROSA, OLGA
MANRIQUE ROJAS Y ASUNCION NAVAS ROMA 3361

Capítulo 1

IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN POBLACIÓN JOVEN

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

1 Introducción

La desregulación emocional se define como la incapacidad de responder de manera flexible a las emociones, así como controlarlas. Dentro de la desregulación emocional existen varios fenómenos como son la sensibilidad emocional, el afecto negativo intensificado, déficit de las estrategias de regulación emocional adecuadas, así como un exceso de las estrategias de regulación inadaptadas. (1) Por lo tanto, para comprender la disparidad de estos enfoques se debe considerar a la desregulación emocional como un proceso que incluye múltiples componentes interactivos. (2) Además, estudios han observado que aquellas personas con desregulación emocional tienen mayor riesgo de suicidio, así como otras enfermedades mentales y de personalidad a largo plazo. (3)

Un estudio realizado en España observó que el 54% de la población adolescente presentaba problemas de conducta antisocial relacionada con la desatención emocional. Esto demuestra que aquellos adolescentes con mayor desatención emocional tienen mayor riesgo de desarrollar conductas antisociales. Además, alrededor del 63% de los participantes en el momento del estudio consumían marihuana. (4)

La desregularización emocional está relacionada con factores internos y/o externos de la propia persona, por lo tanto, es de suma importancia disponer de tratamientos eficaces. Algunos de los tratamientos más estandarizados son la terapia dialéctico-conductual, la terapia conductual y cognitivo-conductual, las intervenciones parentales y farmacológicas, así como terapia analítica de grupo. (5,6)

A través de este trabajo se pretende analizar las intervenciones realizadas en la mejora de la desregulación emocional en la población joven.

2 Objetivos

- Analizar las intervenciones estandarizadas que van focalizadas en mejorar la desregularización emocional en población infantil y de la adolescencia.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó la base de datos Pubmed combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (emotional dysregulation AND intervention AND (adolescence OR Young adults OR teenager)). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2019, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Población adolescente o jóvenes adultos con diagnosticados con desregulación emocional, 2) incluir intervención para tratar la desregulación emocional y 3) artículos publicados a partir de 2019. Se excluirán todos aquellos estudios de caso, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

4 Resultados

Uno de los tres estudios incluidos en esta revisión evaluó los efectos de una intervención de mindfulness de tres días sobre la precisión y la sensibilidad interocep-

tivas en una muestra de adultos jóvenes sanos, puesto que la forma de percibir las señales está relacionada con la desregulación emocional. En el presente estudio, se objetivó que el grupo de intervención en Mindfulness incrementó la sensibilidad interoceptiva impactando a su vez en el estado de ansiedad de los participantes comparado con el grupo control. (7)

Por otro lado, el segundo estudio incluido en este artículo midió la eficacia de la terapia dialéctica conductual en comparación con la terapia de apoyo individual y grupal sobre los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y las autolesiones en general entre los adolescentes con sintomatología de alto riesgo. A pesar de que ambas intervenciones fueron grupales, la terapia dialéctica conductual redujo significativamente los intentos de suicidio, autolesiones, no suicidas. Además, las tasas de finalización de ambas intervenciones fueron del 75,6% para la terapia dialéctica conductual y del 55,2% para la terapia de apoyo individual y grupal. (8)

El tercer estudio incluido analizó los efectos de un grupo de entrenamiento estructurado en habilidades y basado en la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno de hiperactividad y déficit de atención a largo plazo. Los hallazgos mostraron mejoras en la gravedad de la sintomatología de la hiperactividad/impulsividad, los problemas de conducta y la alteración de la desregulación emocional comparado con la intervención psicoeducativa de control. Por lo que esta intervención produce beneficios para los adolescentes con trastorno de hiperactividad y déficit de atención que perciben síntomas pronunciados de hiperactividad/impulsividad, problemas de conducta y desregulación emocional. (9)

5 Discusión-Conclusión

La revisión llevada a cabo contribuye con la mejora de la salud mental en la población joven, ya que es un problema de la sociedad actual, el cual afecta a gran parte de esta población. Como puntos positivos cabe destacar la calidad de los estudios ya que dos de los tres incluidos son ensayos controlados aleatorizados. Los principales hallazgos muestran una eficacia de las intervenciones grupales basadas en terapia dialéctica conductual. Sin embargo, se debe focalizar la atención en que las patologías derivadas de la desregularización emocional están relacionadas con diversos factores de origen interno y/o externo. Es por ello por lo que el tratamiento o las intervenciones deben ser dispares en función de cada caso, además, algunas investigaciones insisten en la aplicación de tratamientos diferenciados para una mayor eficacia.

6 Bibliografía

1. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP expert article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(11):1307–1320. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z.
2. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010. pp. 13–37.
3. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004;364(9432):453–461. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6.
4. Cabrera Gutiérrez, G., Londoño Arredondo, N. H., Arbeláez Caro, J. S., Cruz Valencia, J. D., Macías Castillo, L. Y., & España Macías, A. M. Desregulación emocional y conducta disocial en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley. *Pensamiento psicológico*. 2020. 18(1): 103-115.
5. Adolescent suicide and self-injury: Deepening the understanding of the biosocial theory and applying dialectical behavior therapy. *Int J Behav Consult Therapy*. (2014) 9:35–40. 10.1037/h0101638.
6. López-Pinar C, Martínez-Sanchís S, Carbonell-Vayá E, Sánchez-Meca J, Fenollar-Cortés J. Efficacy of nonpharmacological treatments on comorbid internalizing symptoms of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *J Atten Disord*. (2019) 24:456–78. 10.1177/1087054719855685.
7. Lima-Araujo GL, de Sousa Júnior GM, Mendes T, Demarzo M, Farb N, Barros de Araujo D, Sousa MBC. The impact of a brief mindfulness training on interoception: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2022 Sep 7;17(9):e0273864. doi: 10.1371/journal.pone.0273864.
8. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):777-785. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2018 Aug 1;75(8):867.
9. Meyer J, Zetterqvist V, Unenge Hallerbäck M, Ramklint M, Isaksson J. Moderators of long-term treatment outcome when comparing two group interventions for adolescents with ADHD: who benefits more from DBT-based skills training? *BMC Psychiatry*. 2022 Dec 6;22(1):767. doi: 10.1186/s12888-022-04435-8.

Capítulo 2

HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO: TRATAMIENTO EXPECTANTE VS TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

El diagnóstico de hipertensión durante el periodo de gestación afecta aproximadamente al 10% de las mujeres, de las cuales un 2-3% acaban padeciendo preeclampsia. La importancia de este diagnóstico es la morbilidad y mortalidad maternal y fetal que pueden suponer. (1, 2, 3)

De estos trastornos hipertensivos que pueden suceder durante el periodo de gestación, nos centraremos en estudiar la preeclampsia, ya que supone uno de los diagnósticos más comunes y además es de los más peligrosos. (1, 2, 3).

La Preeclampsia (PE) puede ser diagnosticada cuando en los controles de tensión que se realizan a la gestante que se encuentra por encima de la semana 20 de gestación, se detectan cifras de tensión superiores a 140-90 mm Hg, o cuando existe una variación de la presión diastólica y sistólica con respecto a niveles

basales previos, marcando como cifras límite diastólica 15 mmHg y sistólica 30 mmHg. Otro factor que nos debe alertar en las analíticas de control son valores altos de ácido úrico y proteinuria. También se deben tener en cuenta los factores de riesgo que presenta la paciente previos a la gestación. (1, 2, 3, 4, 5).

La preeclampsia puede ser clasificada en diferentes niveles de acuerdo al nivel de hipertensión arterial y proteinuria, pero se debe tener cuidado con esta clasificación ya que puede variar de un momento a otro sin previo aviso.

Los factores de riesgo asociados a la preeclampsia son:

Factores sociodemográficos: edad materna, raza negra, (3, 4, 6, 7).

Factores materno-obstétricos: Nuliparidad, Gestación múltiple, Mola hidatiforme (3, 4, 6, 7).

Antecedentes familiares obstétricos: Diabetes mellitus tipo II, Enfermedad renal crónica (nefropatías), Síndrome antifosfolípido (3, 4, 6, 7).

Factores personales: Antecedentes previos de preeclampsia, Hipertensión arterial crónica y Obesidad (3, 4, 6, 7).

FISIOPATOLOGIA

En la primera fase de un embarazo las arterias responsables de proporcionar la sangre al feto y la placenta sufren modificaciones para convertirse en vasos de alta capacidad y baja resistencia. (8, 9, 10).

La diferencia entre el proceso descrito durante un embarazo normal y durante un embarazo con diagnóstico de preeclampsia, es que en este último no se produce la invasión de estas células, creando isquemia útero- placentaria con motivo de la sustitución únicamente parcial de la capa muscular de la pared de las arteriolas espirales y provocando, de esta manera, la permanencia de vasos sanguíneos que aportan un flujo placentario reducido y producen hipoperfusión e isquemia de los espacios sinusoidales (8, 9, 10).

TRATAMIENTO EXPECTANTE O CONSERVADOR

Es un tratamiento basado en la administración de corticoides y en intentar posponer el parto lo máximo posible, donde el objetivo principal es obtener las mejores condiciones neonatales, peso, edad, menor mortalidad perinatal y menores complicaciones propias de la prematuridad tales como enfermedad de membrana hialina, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular (11, 12, 13).

TRATAMIENTO ACTIVO O INTERVENCIONISTA

Consiste en programar el parto temprano después de la administración de corticoides para la maduración pulmonar.

Tras valorar ambos tipos de tratamiento, se puede deducir que la prolongación de la gestación resulta ser favorable para el feto, aunque el pronóstico de la madre

no sea el mejor. Varios estudios han demostrado que, cuando se prolonga el embarazo en los casos de prematuridad extrema, aumenta la muerte perinatal, enterocolitis necrotizante y enfermedad de membrana hialina, si se compara con el grupo intervencionista de la preeclampsia severa (11, 12, 13).

2 Objetivos

- Confirmar las diferencias y los beneficios que se obtienen utilizando un tratamiento intervencionista frente a un tratamiento expectante.
- Analizar las complicaciones materno-fetales que puede suponer el manejo expectante en pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia.
- Comprobar las posibles complicaciones maternas en gestantes con manejo intervencionista con preeclampsia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 realizar la valoración y el análisis de los 14 documentos seleccionados, los resultados se han dividido en dos temas principales que se muestran a continuación para realizar la comparación entre los beneficios del uso de un tratamiento u otro: Beneficios del uso de tratamiento expectante en gestantes con preeclampsia: Diversos estudios confirman que un manejo expectante antes de la semana 34 de gestación es beneficioso ya que permite garantizar, de esta forma, una mayor madurez fetal, pudiendo prevenir así diversas complicaciones neonatales. Para poder llevar a cabo este tratamiento de forma efectiva se debe realizar la administración de corticoesteroides prenatales. El uso de este enfoque terapéutico se recomienda únicamente en casos con cifras de tensión arterial superiores a 160 mmHg sistólica o 110 en la diastólica y donde las alteraciones en los resultados de análisis clínicos son transitorios. Este modo terapéutico no debe ser utilizado en casos de pacientes con preeclampsia severa, en fetos con edades no viables y

cuando existe inestabilidad materna o fetal ya que se encuentra completamente contraindicado.

- Beneficios del uso de tratamiento intervencionista en gestantes con preeclampsia: Se considera positivo el uso de un tratamiento intervencionista siempre que la paciente se encuentre en un periodo gestacional por encima de 34 semanas y que las condiciones maternas y fetales del caso clínico de la paciente lo permita. Cuando se plantea utilizar un tratamiento intervencionista se está hablando de que el mejor tratamiento es la inducción del parto, ya que, en estos casos concretos, reduce el riesgo de sufrir complicaciones.

Tras realizar la comparativa de ambas opciones se puede afirmar que el tratamiento más efectivo depende de la situación gestacional de la paciente además de la semana en la que se encuentre.

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión bibliográfica buscaba encontrar si se obtienen mayores beneficios con el uso de un tratamiento intervencionista en lugar de un tratamiento expectante en mujeres que presentan preeclampsia gestacional realizando una búsqueda exhaustiva de la evidencia más actualizada disponible sobre preeclampsia .

La importancia de realizar un correcto tratamiento en la preeclampsia radica en evitar las posibles complicaciones materno fetal que pueden derivar de mantener un tratamiento expectante cuando se debe intervenir con la interrupción del embarazo, garantizando, de esta forma, el bienestar materno fetal, además de contribuir a la reducción de morbilidad del dúo mencionado.

Se ha podido concluir que el tratamiento más efectivo es la terminación del embarazo después de las 34 semanas de gestación, sin embargo, será dependiente de la edad gestacional y las condiciones clínicas materno fetales.

Con todo lo expuesto, se concluye que el tratamiento de la preeclampsia es arbitrario, que es muy importante realizar un cribado que permita detectar a las mujeres con posibilidad de padecer preeclampsia y realizar una prevención adecuada. Por otro lado, se concluye de la preeclampsia depende de la circunstancia individual de cada mujer, con el único objetivo de prevenir daño en órgano blanco y mantener en todo momento el bienestar materno fetal.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia; 2015. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/IwL7Mx>.
2. Hypertension gestacional y preeclampsia: Boletín de práctica de ACOG, número 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–60. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079>.
3. Alban JJZ, Navarrete YDM, Choez BGT. Hiperuricemia y perfil lipídico durante el embarazo como predictores de preeclampsia. *Higia* [Internet]. 2021 [citado el 12 de octubre de 2021];1(4). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/496>.
4. Obstetricia EDEFP. UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN [Internet]. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2250/1/T026_70222754_T.pdf.
5. Pereira CJ, Pereira RY, Quirós FL. Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(01):345. disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms201k.pdf>.
6. Velásquez-Morocho BN, Toro-Toledo MA, Chamba-Tandazo MJ. Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Propósito de un caso. *Polo del Conocimiento.* 2020;5(9):493–505. disponible en: Polo del Conocimiento.
7. Puente Vaca L de la. Importancia de los cuidados de enfermería en la preeclampsia. Universidad de Valladolid; 2021. disponible en: Importancia de los cuidados de enfermería en la preeclampsia (uva.es).
8. Joel, R., Carmen Luisa, M., Mislaidis, F., Rosa Yurien, R., & Roberto, R. 2020 ago 11. PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON EL USO DE ASPIRINA.. *Morfovirtual2020*. [Online]. Disponible en: Joel (sld.cu).
9. Encalada Rodríguez, L. M. (2021). Fisiopatología y tratamiento de la preeclampsia. [Trabajo de Titulación modalidad Investigación Bibliográfica previo a la obtención del Grado de Licenciada en Atención Prehospitalaria y en Emergencias]. UCE. Disponible e: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23122>.
10. Roxana, A., Ana Maria, B., Gretel de la Caridad, U., Iris Maria, F., & Mayra, Q. 2020 may 16. USO DE LA ASPIRINA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA. *CIBAMANZ 2020*. [Online]. Disponible en: Roxana(sld.cu).
11. Stephanie Roberge, PhD; Emmanuel Bujold, MD, MSc; Kypros H. Nicolaides,

MD . Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis, ajog.org [Internet] 2018[Consultado 04 Oct 2021]; disponible en: Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis (ajog.org).

12. Salirrosas Cerna FE. Resultados maternos perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa antes de las 34 semanas, en el Hospital Belén de Trujillo desde enero a diciembre del 2020. 2021 [citado el 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/17523>.

13. Diana María Amador Bermúdez. Efectividad y seguridad del labetalol frente a hidralazina en el tratamiento de preeclampsia grave en pacientes atendidas en el hospital Bautista enero 2019 – diciembre 2020 [Internet]. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2021.[revisado 2021; consultado [09/10/2021]. disponible en: Efectividad y seguridad del labetalol frente a hidralazina en el tratamiento de preeclampsia grave en pacientes atendidas en el hospital Bautista enero 2019 – diciembre 2020 - Repositorio Institucional UNAN-Managua.

Capítulo 3

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR PESCADO: UN CASO DE ESCOMBROIDOSIS CON SHOCK ANAFILÁCTICO

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

1 Introducción

Las intoxicaciones por alimentos suelen muy frecuentes en nuestro medio, puesto que se deben a la presencia de virus, parásitos o bacterias en los alimentos que ingerimos, principalmente por una mala conservación de los productos.

Conocemos muchos tipos de intoxicaciones, siendo las más frecuentes las derivadas a presencia de bacterias, como puede ser la Salmonella en productos como el huevo, pero existen otras menos frecuentes, pero que son de gran importancia clínica, como puede ser la escombroidosis.

La escombroidosis es la intoxicación por pescado que se debe a la producción de histamina secundaria a los procesos de descomposición. Habitualmente se

encuentran relacionadas con aguas templadas o cálidas. La frecuencia es mucho mayor en los lugares en los que el transporte y la conservación del pescado se realiza sin los controles adecuados (1).

La escombroidosis es secundaria al consumo de pescados de la familia Scomberosocidae y Scombridae, como son la caballa, el atún y bonito; así como otros no escómbridos como el pez espada, la sardina, el arenque y el salmón (1,3).

El pescado fresco contiene, aproximadamente, 1 mg/100 g de histamina, mientras que los peces afectados contienen 20 mg/100 g de histamina, en algunos casos se han llegado a detectar casi 400 mg/100 g. Según la Food and Drug Administration (FDA) niveles de histamina superiores a 50 mg/100 g son peligrosos para la salud (1).

La sintomatología aparece cuando se mantiene estos alimentos en condiciones de refrigeración inadecuadas. La enfermedad se produce por la descomposición bacteriana, después de capturado el pez, con proliferación de enterobacterias (*Proteus* morgano, *Aerobacter*, *Klebsiella pneumoniae*) que mediante la degradación del aminoácido histidina produce concentraciones elevadas de histamina, que es la responsable final del cuadro clínico (1).

Los síntomas más frecuentes son náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cefalea, palpitaciones, taquicardia y eritema cutáneo. En cuanto al tratamiento, se aconseja la administración de antihistamínicos H1 en los casos leves, y en los casos que exista inestabilidad hemodinámica puede ser preciso la administración de adrenalina (1).

En cuanto al uso de corticoterapia es controvertido. En la mayoría de los pacientes, la clínica remite en las siguientes 24 h al consumo (1). En cambio, hay ciertos casos, como el que exponemos en este capítulo, que estamos ante un caso de los más graves de escombroidosis que requirió de ingreso en UCI debido a la presencia de shock anafiláctico con fracaso multiorgánico.

2 Objetivos

- Dar a conocer un caso de los más graves de escombroidosis, muy poco habitual en nuestro medio, y que fue de especial interés en el ámbito de los cuidados intensivos.

3 Caso clínico

Paciente varón de 61 años que, comiendo al mediodía, ingiere una cantidad de varios filetes de atún fresco y que, tras ello, comienza a los pocos minutos con

prurito, mareo, debilidad, eritema generalizado y despeño diarreico.

Acude a las 3 horas a urgencias del hospital con hipotensión de 60/40 mmHg refractaria al tratamiento con volumen (7 litros en total) y con picores y eritema (a pesar de hidrocortisona y dexclorferinamina intravenosa). Se le administra en urgencias una dosis de 0,3 mg de adrenalina intravenosa, tras la cual comienza con dolor torácico y cambios en el electrocardiograma (ECG) con descenso del segmento ST hasta 3 mm de V2 a V6.

Por esta mala evolución y los cambios en el electrocardiograma, se avisa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se decide ingreso como probable síndrome coronario agudo tipo 2 con shock de tipo distributivo, probablemente relacionado con la ingesta de alimentos contaminados, en este caso, el atún fresco.

A su llegada a UCI, continua eritematoso, con saturaciones de 98%, tembloroso y sin dolor torácico. Se le solicita gasometría arterial y se presenta una acidosis metabólica con pH de 6,8, bicarbonato de 5, potasio de 8 sin insuficiencia respiratoria asociada. Mantiene tensiones de 60/40 por lo que se le comienza con drogas vasoactivas con noradrenalina hasta 1 mcrg/kg/min. A pesar de ello, el paciente mantiene la hipotensión.

Se le realiza ecografía en críticos para monitorización hemodinámica y se evidencia un patrón de shock distributivo con GC elevado y resistencias vasculares periféricas bajas. Se le administran bolos de bicarbonato, se le añade corticoides a dosis sepsis y se comienza, finalmente, con adrenalina intravenosa.

Se solicita analítica donde se evidencia fracaso multiorgánico, con hipertransaminasemia, fracaso renal agudo de origen prerrenal (con creatinina de hasta 2 y urea de 180), alteraciones iónicas (hiperpotasemia e hipomagnesemia) pero sin presencia de eosinófilos en ningún momento.

Debido a la oliguria asociada, se comienza con terapia con hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) para mejorar el fracaso renal.

Se solicitan batería de analíticas específicas de alergia para identificar si realmente es un cuadro secundario a un cuadro de anafilaxia y no a otra causa diferente.

En cuanto al síndrome coronario agudo, nos queda la duda de si estamos ante un caso de síndrome de Kounis que es la asociación de síndrome coronario agudo secundario a una reacción de anafilaxis, la cual es producida por mediadores inflamatorios y vasoactivos liberados principalmente por activación y degranulación de mastocitos que actúan en el sistema cardiovascular (2).

Durante su evolución en UCI, se corrigió el segmento ST en el ECG, se pudo suspender las drogas vasoactivas tras retirada de HDFVVC y se le solicitaron hemocultivos a su ingreso que fueron negativos y estudio de alergia (Ig E,

anísakis, histamina, serologías, test de alérgenos, etc.)

En cuanto a la etiología, por tanto, se plantea que corresponda a un shock anafiláctico secundario a escombroidosis por ingesta de pescado contaminado y liberación de histamina.

Como se puede observar, el diagnóstico es de sospecha, puesto que el pescado no se pudo analizar, ya que el paciente ingirió todo el atún que cocinó. Pero ante los hallazgos clínicos y pruebas diagnósticas que tenemos, la escombroidosis sería el diagnóstico más acorde al cuadro, puesto que tiene correlación con la clínica y antecedentes epidemiológicos del paciente.

4 Discusión-Conclusión

La escombroidosis es de especial interés, puesto que no es muy habitual en nuestro medio y puede provocar una alta mortalidad si no se trata a tiempo y no se dispone de un tratamiento intensivo de soporte.

En el caso expuesto, fue de especial importancia el inicio de la terapia de HD-FVVC, puesto que nos ayudó a mejorar exponencialmente la acidosis metabólica del cuadro y, por tanto, facilitó que pudiera hacer efecto las drogas vasoactivas. Durante su estancia en UCI, el inicio de corticoides a dosis de sepsis junto a la instauración de antihistamínicos intravenosos también fue muy importante a la hora de la resolución del caso.

Otro hallazgo que también es interesante es el hecho de la aparición de un síndrome coronario agudo con descenso del segmento ST probablemente secundario a la administración de adrenalina y/o al shock anafiláctico. En este caso, en concreto, no supimos si fue secundario a esto, o a un probable síndrome de Kounis.

El síndrome de Kounis es una entidad rara que no se sabe bien su origen, ya que puede ser secundario a un shock anafiláctico provocado por algún antígeno en concreto o bien por la administración de adrenalina.

Paradójicamente, la adrenalina, que es el fármaco que salva vidas en la anafilaxia, puede por sí misma inducir la anafilaxia. Es más, todas las preparaciones de adrenalina disponibles comercialmente contienen metabisulfito de sodio como conservante, según "Drug Facts and Comparisons". El metabisulfito de sodio se usa comúnmente como antioxidante en las industrias alimentaria y farmacéutica (2).

De hecho, hay casos documentados de shock anafiláctico durante la administración de anestesia epidural para cesáreas, en el que el culpable fue el metabisulfito, un agente aditivo de los anestésicos locales que también aparece en los

preparados de adrenalina (2).

Esta situación plantea un dilema terapéutico en pacientes sensibles a los sulfitos que sufren un shock anafiláctico. De hecho, los médicos que se ocupan de un shock anafiláctico deben ser conscientes de este efecto adverso. Afortunadamente, la adrenalina libre de sulfito también está comercializada para su administración a pacientes sensibles a sulfitos (2).

Por tanto, nos encontramos ante una entidad poco frecuente, sobre todo en sus variantes más graves, puesto que la escombroidosis suelen ser cuadros más leves y que se resuelven en 24 horas tras instauración de tratamiento con corticoides y antihistamínicos.

No debemos olvidar el que la adrenalina puede causar un Síndrome de Kounis, como ya se ha expuesto anteriormente y que por supuesto es un cuadro autolimitado en el tiempo, sin requerir en ningún caso de tratamiento típico de la enfermedad coronaria y que se resuelve espontáneamente.

5 Bibliografía

1. Gargantilla, P., Arroyo, N., Montero, J., & Montero, G. (2016). Escombroidosis: causa frecuente de intoxicación alimentaria [Scombroid: Frequent cause of food poisoning]. *Semergen*, 42(5), 353.
2. Kounis, N. G., Koniari, I., Tsigkas, G., Soufras, G. D., Plotas, P., Davlourous, P., & Hahalis, G. (2020). Angina following anaphylaxis: Kounis syndrome or adrenaline effect?. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 15(3), 97–98.
3. González MC, Díaz AC, Moncayo JG, Marín JA. Scombroid poisoning secondary to tuna ingestion: a case report. *Biomedica*. 2020 Dec 2;40(4):594-598. English, Spanish. doi: 10.7705/biomedica.5283.

Capítulo 4

PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS 19. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

DANIEL ANDRÉ RIVERA AQUIJE

1 Introducción

La pandemia del COVID-19 fue uno de los mayores retos para la medicina a nivel mundial, esto involucró la pérdida de vidas humanas y gastos médicos que afectaron la economía de las personas perjudicadas. Es fundamental reconocer el impacto multilateral que esta enfermedad trajo consigo a la humanidad, que pese a las propias herramientas de carácter moderno y principal rasgo distintivo de esta sociedad, la ausencia de un sistema sanitario de salud organizado conjuntamente con la falta de control en la sintomatología presentada contó como factor asociado a la inmensurable cantidad de muerte de magnitud internacional. Las manifestaciones clínicas de este virus pueden sugerir complicaciones en el organismo infectado desde el ámbito más leve hasta, en algunos casos, la presencia de sintomatología crítica. Los diversos estudios preexistentes indican una gran diversidad de síntomas, considerando que su divulgación se refleja en un enfoque zonal, regional, global e incluso bajo divulgaciones de entidades oficiales; sin embargo, existen revisiones e investigaciones las cuales han podido determinar científicamente y presentar cifras oficiales de estos síntomas. Conocer la sintomatología de esta enfermedad es importante para poder tener conceptos generales con base científica. Distintas investigaciones se enfocaron principalmente en la sintomatología de esta enfermedad en relación con el periodo, etapa de desarrollo de la enfermedad, edad del paciente o condiciones de salud del portador.

En esta investigación buscaremos estandarizar los resultados obtenidos de distintas investigaciones para concluir en síntomas específicos en modo general a la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo es determinar los síntomas principales en pacientes infectados por COVID-19 con base en las revisiones bibliográficas e investigaciones científicas que engloban recolección de estudios enfatizados, los aspectos de la investigación a tratar.

3 Metodología

En la investigación presente, se analizaron publicaciones científicas enfocadas en los síntomas a consecuencia del COVID-19. Estas producciones analizadas utilizaron selecciones de modelos aleatorios y evaluaciones con un total de 4974 pacientes, los cuales fueron evaluados respectivamente con exámenes PCR.

4 Resultados

Entre los principales síntomas relacionados con los problemas generales tenemos al dolor muscular y a la fatiga; en términos a problemas neurológicos, la pérdida de olfato, dolor de cabeza y pérdida del sentido del gusto; finalmente, dentro del grupo de problemas cardiopulmonares tenemos el dolor de pecho, tos y disnea. En otras investigaciones, el dolor de cabeza encabezó la lista de sintomatologías, seguida del dolor muscular, pesadez corporal, estornudos, goteo nasal, tos seca y dolor de garganta; en menor proporción, se determinó dolor al respirar, dolor de estómago, dolor de pecho y diarrea; estos valores no superaron el 20% de los casos, a diferencia de los primeros mencionados los cuales superaron el 60% en la mayoría de casos. Finalmente, también se menciona la fiebre, tos, falta de aire y fatiga, esta última (fatiga) como la dolencia más frecuente que empeora como infección. Por otro lado, tengamos conocimiento sobre la peculiaridad de las afecciones persistentes o prevalentes. Las personas con afecciones persistentes al COVID-19 pueden tener diversos síntomas que pueden durar semanas, meses o incluso años después de la infección. A veces, los síntomas pueden desaparecer o reaparecer. Para algunas personas, las afecciones persistentes al COVID-19 pueden durar semanas, meses o años después de haber tenido COVID-19, y en

ocasiones pueden provocar una discapacidad. Delimitando el estudio hasta solo nuestro país, alrededor de 300 mil personas en el Perú podrían padecer de afecciones persistentes. Las estadísticas indican que en junio del 2022, aproximadamente el 10 % de los pacientes de Covid-19 desarrollan síntomas persistentes. En nuestro país, el número de contagiados asciende a más de 3.5 millones. Con respecto a la frecuencia de la población, son los adultos mayores de 65 años los considerados de mayor riesgo debido a que 25 % de ellos son susceptibles de padecer las secuelas.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en el análisis de revisiones e investigaciones, la tos fue el síntoma más estudiado y representativo de esta enfermedad, del mismo modo, en menor proporción, el dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga, estas últimas están relacionadas con los problemas generales y neurológicos. Es importante recalcar que también existen otros síntomas representativos de la enfermedad que varían en los distintos estudios por las condiciones del paciente y del entorno en el que se viene desarrollando la enfermedad; sin embargo, se puede concluir que en la mayoría de casos y de manera general, el COVID-19 presenta tos, dolores específicos y fatiga como síntomas de los pacientes positivos para esta enfermedad. Se recomienda conocer el contexto en el cual se desarrolla la enfermedad para poder realizar una evaluación estadística y conocer el desarrollo del síntoma específico del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 5

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN PACIENTE RECIÉN INTERVENIDO DE ILEOSTOMÍA

ELENA CANTÓ GARCÍA

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

1 Introducción

En los servicios de Cirugía General, es muy común ver pacientes operados de colostomías e ileostomías por lo que es importante conocer todo lo relacionado con el cuidado de los estomas.

El estoma es la apertura quirúrgica y artificial a través del abdomen para permitir la evacuación de heces u orina, pudiendo distinguir entre colostomía (si se hace a la altura del colon), ileostomía (en el íleo, parte final del intestino delgado) y urostomía (uniendo los 2 uréteres hacia la misma apertura) (1)

Para realizar el plan de atención de enfermería (PAE), se ha escogido a un paciente intervenido de ileostomía debido a una tumoración en el recto. El cáncer colorrectal es el más comúnmente diagnosticado en España, con un 15% del total de las neoplasias (2). Hablaremos del cuidado de la ileostomía, así como de la

cura de las heridas quirúrgicas, su valoración enfermera así como posibles complicaciones que surgen días después de la cirugía. Para la realización del PAE de enfermería, se ha utilizado el sistema valoración de "14 necesidades de Virginia Henderson", que es el que se usa a día de hoy en este Hospital. A través de este enfoque obtendremos una imagen integral del paciente estudiado, destacando las necesidades alteradas sobre las que no lo están.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados de enfermería de un paciente recién intervenido.
- Aplicar el sistema NANDA, NIC y NOC para el establecimiento de objetivos y la aplicación de cuidados o intervenciones.

3 Caso clínico

Valoración realizada un día después de la intervención quirúrgica. La información ha sido aportada por paciente y familiar.

1. RESPIRACIÓN/CIRCULACIÓN: Hipoxemia leve por hipoventilación (posicional). No disnea. No dolor torácico. Normotenso y afebril. Necesita oxigenoterapia.

- Tensión arterial: 130/67 mmHg.

- Frecuencia cardiaca: 100 ppm.

- Saturación oxígeno: 90% .

Necesidad alterada: SI.

2. ALIMENTACIÓN: Dieta absoluta con sueroterapia. Sin pérdida de peso en los últimos 3 meses. Obesidad con IMC > 30. Come menos por falta de apetito.

Nutrición probablemente inadecuada.

Necesidad alterada: SI.

3. ELIMINACIÓN:

- Urinaria: Sonda vesical de látex tipo Foley de 2 luces, insertada en el momento de la intervención. Diuresis de 600 cc/turno. La semana previa micción con continencia normal.

- Intestinal: Ileostomía derecha. Evacuación de 1 vez por turno, no muy abundante.

Colector de 1 pieza.

Necesidad alterada: SI.

4. HIGIENE Y PIEL: Higiene corporal correcta. Higiene bucal correcta. Necesita ayuda para lavarse. Con riesgo de lesiones cutáneas debido a ileostomía por escapes de las heces que atraviesan el disco. Piel y mucosas hidratadas. Heridas quirúrgicas inciso contusas en el abdomen por cirugía.

Necesidad alterada: SI.

5. VESTIRSE: Necesita ayuda para vestirse. Necesita ayuda para arreglarse.

Necesidad alterada: SI.

6. MOVILIZACIÓN: En reposo absoluto tras la operación.

Necesidad alterada: SI.

7. SEGURIDAD: No riesgo de autólisis.

Necesidad alterada: NO.

8. TERMORREGULACIÓN: Sin alteraciones.

Necesidad alterada: NO.

9. DORMIR: Patrón de sueño discontinuo.

Necesidad alterada: SI.

10. COMUNICACIÓN: Orientado. Sin déficits sensoriales.

Necesidad alterada: NO.

11. APRENDIZAJE: Conoce el motivo de ingreso. Necesita educación sanitaria.

Necesidad alterada: SI.

12. VALORES-CREENCIAS: No existen conflictos entre las creencias y los cuidados de salud.

Necesidad alterada: NO.

13. REALIZACIÓN PERSONAL: Estado anímico triste por intervención quirúrgica. Síndrome de ansiedad antes y después de la operación.

Necesidad alterada: SI.

14. OCIO: Sin alteraciones.

Necesidad alterada: NO.

2) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DETECTADOS (3):

Todas las características definitorias y los factores relacionados que se describen a continuación, están presentes en el paciente. Para formular el diagnóstico de enfermería final he priorizado y escogido las características y los factores más importantes en el momento.

A) Patrón respiratorio ineficaz (00032): Inspiración o espiración no aportan una ventilación adecuada.

- Características definitorias: saturación de oxígeno de 90%; disminución de la ventilación por minuto.

- Factores relacionados: posición corporal; obesidad; dolor.

Patrón respiratorio ineficaz manifestado por saturación de oxígeno 90%, relacionado con posición corporal.

B) Deterioro del patrón de sueño (00095): trastorno de calidad y cantidad del sueño en un tiempo limitado.

- Características definitorias: despertarse 3 o más veces por la noche; insatisfacción con el sueño; quejas verbales de no sentirse bien descansado.

- Factores relacionados: ansiedad; cambio vital: ileostomía.

Deterioro del patrón de sueño manifestado por insatisfacción con el sueño relacionado con ansiedad.

C) Deterioro de la integridad cutánea (00046): alteración de epidermis, dermis o ambas.

- Características definitorias: destrucción de las capas de la piel.

- Factores relacionados: fuerzas mecánicas (incisión quirúrgica).

Deterioro de la integridad cutánea manifestado por destrucción de las capas de la piel, relacionado con intervención quirúrgica.

3) PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS (NOC Y NIC):

A) Patrón respiratorio ineficaz manifestado por saturación de oxígeno 90%, relacionado con posición corporal.

NOC: Estado respiratorio: ventilación (00403): movimiento de entrada y salida de aire de los pulmones.

NIC: Manejo de las vías aéreas (3140): asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

- Realizar fisioterapia respiratoria, si está indicado.

NOC: Estado de los signos vitales (00802): temperatura, respiración, saturación y presión arterial dentro de los rangos normales del individuo.

NIC: Oxigenoterapia (3320): administración de oxígeno y control de su eficacia:

- Administrar oxígeno según órdenes médicas.

- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.

B) Deterioro del patrón de sueño manifestado por insatisfacción con el sueño relacionado con ansiedad.

NOC: Sueño (0004): magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

NIC: Fomentar el sueño (1850): facilitar ciclos regulares de sueño:

- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

- Enseñar la importancia de un sueño adecuado durante, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.

NOC: Control de la ansiedad (01402): acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada

NIC: Técnica de relajación (5880): Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta distrés agudo:

- Sentarse y hablar con el paciente.

- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.

C) Deterioro de la integridad cutánea manifestado por destrucción de las capas de la piel, relacionado con intervención quirúrgica.

NOC: Curación de las heridas por primera intención (01102): magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado.

NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440): Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas o grapas:

- Observar signos de inflamación o enrojecimiento.

- Limpiar la zona con suero fisiológico, antiséptico y colocar apósito.

4) EJECUCIÓN DE CUIDADOS:

A) Patrón respiratorio ineficaz manifestado por saturación de oxígeno 90%, relacionado con posición corporal.

La primera actuación fue medir la saturación de oxígeno, con un valor que oscilaba entre 88% y 90%. Se avisó a medicina que pautaron oxigenoterapia, con gafas nasales a 3 litros por minuto. Más tarde, al cambiar la posición, subir el cabezal de la cama y colocar al paciente en posición de semi-fowler, la saturación aumentó hasta oscilar entre 95%-97%, por lo que se corrigió el diagnóstico de enfermería gracias al cambio postural.

B) Deterioro del patrón de sueño manifestado por insatisfacción con el sueño relacionado con ansiedad.

Un día después de la intervención quirúrgica, el paciente se encontró adormilado durante todo el día. Le costaba responder a estímulos y se notaba así mismo como “muy cansado”. Al día siguiente nos dijo que apenas había descansado en la noche, posiblemente por la ansiedad que provoca el haber sido intervenido y tener la ileostomía, que a veces manchaba fuera del apósito a mitad de la noche.

Se procedió a hablar con el paciente sobre sus preocupaciones y los factores que hacían que se despertara a mitad de la noche, llegando a la conclusión de que sentía ansiedad por el futuro. Partimos de un paciente que previamente a la cirugía fue diagnosticado de síndrome de ansiedad. Se le explicó que siempre debe irse a dormir cuando se encuentre cansado y que antes de dormir haga unas inspiraciones profundas, de manera que bajara su frecuencia cardíaca y se fuera encon-

trando cada vez mejor y con un sueño más profundo. Aquella noche empezó a encontrarse mejor, y a la mañana se le notaba más descansado, también aquella noche no había manchado el apósito de la ileostomía, lo que ayudó a mantener un sueño más prolongado durante la noche.

C) Deterioro de la integridad cutánea manifestado por destrucción de las capas de la piel, relacionado con intervención quirúrgica.

La intervención quirúrgica fue una resección del recto anterior con ileostomía por laparoscopia. Tenía tres heridas en el abdomen, una central con 20 grapas y dos a los lados con 4 grapas cada una, de menor tamaño. El objetivo es que recupere la continuidad de la piel, por lo que las heridas se curaban cada 24 horas.

La cura consistía en:

- Retirada de apósitos.
- Lavado con suero fisiológico de las heridas.
- Secado con gasas.
- Aplicación de Betadine en las 3 incisiones.
- Colocación de apósito.

La herida con el paso de los días iba cerrando y la paciente se irá de alta en una semana, por lo que el centro de salud queda encargado del cuidado y retirada de los agrafes. Aunque no se encuentre en el diagnóstico, me gustaría incluir la ileostomía como cura. Se trata de una ileostomía con varilla, para evitar que se vuelva a introducir hacia el abdomen. La cura consiste en cambiar el disco y colector de la ileostomía, en este caso de 1 pieza. Los primeros días, drenaba incluso fuera del colector, por lo que escapaba hacia fuera y empapaba los apósitos. El cambio de la pieza se hace cuando precise y veamos que está manchado, cada 2 días o bien cuando la bolsa esté 2/3 de su capacidad. Primero se retira la bolsa con el disco de arriba hacia abajo, se limpia con suero fisiológico y se observa la piel perilesional para detectar enrojecimiento, inflamación o signos de infección. Una vez lavado el estoma y la piel que le rodea, se coloca el disco, recortándolo para que abarque el mismo. Se pega a la piel a través de una pasta especial para ileostomías, y se fija con apósito hidrocoloide alrededor del disco. Al ser de una pieza, la bolsa y el disco se colocan a la vez, se puede fijar con apósitos y tejido autoadhesivo flexible(hypafix).

4 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia una valoración de enfermería correcta, que se centre en diagnósticos existentes y que busque la consecución de unos objetivos de mejora de la salud mediante la aplicación de intervenciones de enfermería.

La principal dificultad que se ha encontrado ha sido la evaluación diaria hasta observar la mejora de los resultados. Además de esto, cabe destacar que el paciente recibe un alta hospitalaria, por lo que no es posible objetivar los resultados finales, ya que queda en manos de la atención primaria.

El paciente es tratado por un gran número de profesionales de enfermería todos los días de su ingreso, así que podemos decir que es muy importante la adecuada formación y actualización de conocimientos de estos últimos.

En último lugar, debemos subrayar la importancia de la unificación de cuidados. El objetivo es conseguir un aumento continuo y progresivo de la salud del paciente y eso se consigue cuando un equipo está muy bien coordinado y formado. Con una buena unificación de cuidados de enfermería, cuando el paciente recibe el alta hospitalaria, debería seguir con una mejora de salud adecuada por parte de la enfermería de atención primaria hasta conseguir el objetivo final y la adaptación a su nueva situación de salud.

5 Bibliografía

1. Estomas: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 [citado el 3 julio 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html>.
2. Aecc.es. 2019 [citado 3 julio 2023]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-incidencia-colon.pdf>.
3. MUNDO ENFERMERO - NANDA - NOC -NIC [Internet]. Mundoenfermero.com. 2018 [citado 3 julio 2023]. Disponible en: http://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php.

Capítulo 6

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN UN HEMOCULTIVO

ELENA CANTÓ GARCÍA

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

1 Introducción

Se analiza una muestra de sangre para detectar la presencia de microorganismos, principalmente bacterias y hongos, utilizando el procedimiento de hemocultivo. Es un desafío enumerar todas las circunstancias en las que se requeriría un hemocultivo.

Siempre que exista sospecha clínica de sepsis, meningitis, osteomielitis, pielonefritis, infección intraabdominal, artritis, infecciones graves de piel y partes blandas, neumonía, endocarditis o fiebre de origen desconocido, se hará habitualmente antes de la administración de tratamiento antimicrobiano sistémico FOD no identificado (absceso oculto, fiebre tifoidea, brucelosis, etc.).

Aunque existen muchos otros síntomas como escalofríos, shock, deterioro multiorgánico de causa desconocida, leucocitosis, etc., el principal síntoma clínico de estas infecciones es la fiebre. La fiebre es un indicador clave de una infección por

un microorganismo en particular, por lo que es importante tomar hemocultivos en este momento porque la fiebre es el signo principal.

El hemocultivo se realizará normalmente después de que aparezca la fiebre, ya sea antes o durante el pico febril porque se desconoce el momento exacto en que ocurrirá.

El secreto es recoger muchas muestras para obtener unos resultados que sean mas precisos y confiables.

Este muestreo debe realizarse y contar con la asistencia de personal técnico capacitado en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Explicar y describir en detalle cómo tomar una muestra de hemocultivo, qué insumos se requieren y cómo se lleva a cabo este procedimiento paso a paso por parte del personal de enfermería, detallando cada pasó.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una búsqueda e investigación continua y reiterada en revisiones bibliográficas de artículos y libros publicados, así como de los sitios web en los que se basaron. También en las principales bases de datos.

4 Resultados

Este muestreo debe realizarse con la asistencia de personal técnico capacitado en cuidados auxiliares de enfermería, quienes trabajarán junto con el personal de enfermería para completar un muestreo adecuado.

Para hacer un cultivo de sangre, necesitará los siguientes materiales:

- Frascos para hemocultivos aerobios y anaerobios.
- Una aguja intravenosa y una jeringa.
- Guantes estériles y no estériles.
- Compresor.
- Gasa esterilizada.
- 70 grados para el alcohol.
- Clorhexidina al dos por ciento en agua.
- Ropa de cama estéril.

-Mascarilla y gorro.

El procedimiento para la extracción de una muestra de sangre se realizará de la misma forma una vez preparado el material:

1. Cada muestra debe tomarse sin interrupción de otra en un sitio de venopunción diferente.

2. Usar la mascarilla y el gorro.

3. Lavarse las manos después de eso.

4. Ponerse un par de guantes no estériles.

5. Se palpa el sitio de extracción.

6. Limpieza de la piel en el siguiente orden:

- detergente y agua.

- Círculos de 2-4 centímetros de alcohol a 70° durante 30 segundos.

- Clorhexidina al 2 por ciento en agua.

7- secarse.

8.-Se usa clorhexidina acuosa al 2 por ciento para limpiar las tapas.

9-colocación de guantes estériles.

10- Cree el ambiente estéril.

11- De manera aséptica, retire la muestra.

12-Es necesaria una introducción rápida para evitar la coagulación de la sangre en la jeringa posición vertical.

13- Al retirar la aguja, no coloque nada que no esté esterilizado sobre ella.

14-Primero, se debe agregar sangre anaeróbica a las botellas, luego sangre aeróbica.

15- Para que la sangre y el medio de prueba se combinen, invierta los viales varias veces.

16- Cuando agregue sangre a los viales de hemocultivo, no cambie la aguja porque, de hacerlo, aumentará la probabilidad de perforación y no reducirá la contaminación.

17-Al escribir el número de toma en cada botella, los datos del paciente serán rápidamente identificados y enviados al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar la técnica correctamente, el personal de enfermería debe recibir una formación adecuada. Se ha visto de forma compleja, y si no se forma correctamente puede causar confusión durante el proceso de extracción. Como resultado, gracias a esta revisión se ha entendido mejor el procedimiento a seguir cuando se

realiza un hemocultivo a un paciente. Como se ha mencionado, es fundamental comprender el proceso que se utilizará.

La asistencia de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y completa asepsia para asegurar la exactitud de los mismos.

El hemocultivo se realizará normalmente después de que aparezca la fiebre, ya sea antes o durante el pico febril porque se desconoce el momento exacto en que ocurrirá.

6 Bibliografía

-<https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=77027>.

<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia3a.pdf>.

Capítulo 7

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

ELENA CANTÓ GARCÍA

LAURA TORRES PANCORBO

CARMEN ROMERO NAHARRO

JULIANA HORTELANO HORTELANO

LLANOS LOPEZ MORA

1 Introducción

Varios términos en el campo de la diálisis son cruciales para entender este trabajo. La nefrología es un campo de estudio que se encarga de averiguar cómo funcionan los riñones y cómo es su anatomía. La hemodiálisis es un procedimiento que se usa para tratar la insuficiencia renal y reemplazar la capacidad periódica de filtrado de sangre de los riñones. La diálisis: se cree que este método de eliminar el exceso de agua y desechos del cuerpo es artificial. De aquí en adelante, se comentará el hecho de que enfermería en el campo de la nefrología se encargará de cuidar a los pacientes con alguna patología renal. Hay cuatro componentes para el cuidado del paciente en el proceso de hemodiálisis de enfermería:

1. estrategia de educación para la salud.
2. Para controlar esos factores de riesgo, vigílelos.

3. Mantener el funcionamiento vascular adecuado bajo su control.
 4. Corregir las posibles complicaciones derivadas de la patología o tratamiento.
- Como personal de enfermería, debemos actuar de acuerdo con lo que significa una patología crónica para un paciente y su familia, porque el paciente que está inscrito en un programa de hemodiálisis es un paciente crónico. Es imprescindible, especializarse en dicha área para estar capacitados para trabajar en ella.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de enfermería en hemodiálisis.
- Exponer los conceptos básicos del área de diálisis.
- Estudiar el proceso de hemodiálisis y la intervención desde enfermería.

3 Metodología

Para este trabajo, 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, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: enfermería, hemodiálisis, diálisis, nefrología.

4 Resultados

Cuando nos referimos a la atención integral de enfermería en el contexto de diálisis o hemodiálisis, no queremos decir que esta profesión realiza el trabajo únicamente; más bien, está formado por un equipo multidisciplinario, que realiza el trabajo. De manera particular, la enfermería brindaría cuidados fundamentales al paciente durante todo el proceso de la patología (junto con el TCAE).

En esta atención integral, ayudaremos al paciente a afrontar cualquier problema bio-psico-social que pueda surgir para él y su familia a medida que la patología avanza hacia la cronicidad.

Podemos destacar las siguientes funciones o roles que juega el personal de enfermería en hemodiálisis:.

- Recibir al paciente en la estación de dializado.
- Explicar el proceso de hemodiálisis a la familia del paciente y proporcionar cualquier otra información que puedan necesitar.

- Para comprender el estado del paciente, recopilar toda la información básica y clínica.
 - Mientras el paciente recibe tratamiento, prestar mucha atención, ofrecer apoyo y mostrar cuidado.
 - Reconocer las demandas de acción. Se requiere que la enfermería observe cualquier cambio que ocurra durante la hemodiálisis.
 - Trabajo en equipo.
 - Colaborar con el médico durante todo el procedimiento y obedecer sus indicaciones. - Vigilar al paciente según sea necesario.
 - Aplicar los métodos para el diagnóstico y tratamiento del paciente.
 - Controlar y supervisar el material estéril.
 - Reponer los materiales necesarios.
 - Instruir a la paciente y su familia sobre su atención médica mientras le asesora continuamente sobre su cuidado.
- Todas estas tareas y funciones generan la necesidad de especialización y educación permanente para el manejo efectivo de los dispositivos, provisión de componentes para hemodiálisis y manejo de la patología. Incluimos esto en la lista de habilidades sociales y de comunicación necesarias para formar la relación paciente-personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión de la literatura pertinente, podemos concluir que desde la perspectiva del personal de enfermería, es bastante fundamental conocer específicamente la patología y utilizar todos los equipos e insumos necesarios que se necesitan para realizar la hemodiálisis sin poner en riesgo al paciente.

El conocimiento de la patología permitirá al personal de enfermería, poder diagnosticar cualquier cambio que se pueda observar en los pacientes, ya que estarán dotados de las herramientas necesarias para investigarlos. Para prevenir infecciones en el paciente por su estado vulnerable, además de todos estos conocimientos especializados, debe seguir las normas de esterilización y sanitización.

6 Bibliografía

- 1- https://www.formacionalcala.com/es/enfermeria/cursos-online/manual-de-enfermeria-para-hemodialisis-online?gclid=EAIaIQobChMI6ZLgpp7egAMVJhMGAB3vpwxeEAAYASAAEgIPS_D_BwE
- 2-<https://enfermeriablog.com/la-enfermera-de-hemodialisis/>

Capítulo 8

HELICOBACTER PYLORI, TRATAMIENTO ERRADICADOR

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

Marshall y Warren demostraron en 1984 la existencia del microorganismo llamado *Helicobacter Pylori* que afecta al sistema gastrointestinal, y por ello llegaron a ganar en el año 2005 un premio Nobel de medicina, habiendo pasado ya bastantes años desde la demostración de este.

Helicobacter Pylori es una bacteria capaz de producir una infección muy relevante hoy en día, ya que es considerada una de las infecciones crónicas mundialmente más frecuente. Esta bacteria llega a producir cáncer gástrico, comenzando por úlceras pépticas, gastritis u otras afecciones gastrointestinales. Se estima que la prevalencia de este microorganismo Gram negativo es de alrededor del 50% en la población y además alrededor de un 20% de la población que adquiere esta bacteria llega a producir enfermedad. Promoviendo la salud pública se podrían reducir las enfermedades producidas por este agente, ya que este suele transmitirse vía oral-fecal u oral-oral.

Este agente causal fue clasificado por la Organización Mundial de la Salud como un carcinógeno del grupo I, ya que existe relación entre el desarrollo del cáncer gástrico y la existencia de este agente patógeno en el organismo de una persona. Las manifestaciones clínicas que presenta la presencia de esta bacteria en el organismo pueden variar de una persona a otra, pero normalmente nos encontramos ante alteraciones del aparato gastrointestinal, como gastritis y como consecuencia de este dolor de estómago, náuseas, vómitos. También las úlceras pépticas y como consecuencias continuaríamos con dolor de estómago, que dependiendo en el lugar de localización de la úlcera, este podría ceder cuando comemos o cuando no, etc. Incluso las manifestaciones clínicas más relevantes e importantes serían el linfoma MALT o lo que es lo mismo un tipo de linfoma que puede afectar principalmente al estómago o propiamente dicho también tendríamos el carcinoma de estómago. Igualmente algunas manifestaciones pueden ser la anemia ferropénica y anemia perniciosa.

El diagnóstico se realiza desde diferentes pruebas, como puede ser el test del aliento o urea, mediante exhalación del aliento de la persona. Otras pruebas pueden ser las heces, en la que se comprueba si hay bacteria en ellas o no; pruebas de laboratorio, como analítica de sangre en la que se comprobara la existencia de anticuerpos de la bacteria; o incluso la biopsia que se realiza mediante la realización de una endoscopia digestiva.

La erradicación de la bacteria se trata a través de una triple o cuádruple terapia normalmente, en la que se incluyen diferentes antibióticos combinados, además de un inhibidor de la bomba de protones.

La principal dificultad de la erradicación de este microorganismo, en el entorno, sería la resistencia a antibióticos que existe en el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, ya que hoy en día existe una alta utilización o exposición a antibióticos, creándose altas resistencias, que dificulta la erradicación de diferentes agentes.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática para actualizar los conocimientos de la bacteria *Helicobacter Pylori*, actualizar el tratamiento farmacológico para la erradicación y las consecuencias del no tratamiento contra esta bacteria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Google Académico, Cuiden y Pubmed.

Las palabras claves utilizadas en esta revisión han sido: *Helicobacter Pylori*, diagnóstico, erradicación, tratamiento. Además se han utilizado operadores booleanos “AND” y “OR” para poder especificar la búsqueda. También se ha utilizado un rango de años pequeño entre 2017 y 2019 para poder obtener las últimas actualizaciones respecto al tema y para que la búsqueda sea lo más reciente posible.

Criterios de inclusión: en esta revisión se han incluido artículos de revistas tanto en español como en inglés, en los que se ha revisado primeramente los títulos de estos y después, los resúmenes o abstract para poder incluirlos dentro de la revisión. Por último se han revisado los artículos al completo.

Se han incluido los artículos que se encontraban dentro del rango de años utilizado, es decir desde el año 2017 hasta el año actual, además de que trataran sobre el tema de investigación.

En la primera inclusión realizada, se han seleccionado 28 artículos según el título. En una segunda revisión solo se ha contado con 19 artículos según el resumen o abstract. Y en una última revisión se han cogido 15 artículos para realizar la revisión, mediante revisión completa de cada artículo.

También se han utilizado algunas guías clínicas (con evidencia científica) y webs de salud (APA, OMS) e incluso protocolos de diferentes hospitales públicos dentro del ámbito nacional.

Criterios de exclusión: no se han seleccionado artículos procedentes de páginas web o publicaciones no contrastadas.

Además se han excluido otros artículos en otros idiomas que no fueran inglés o español.

4 Resultados

La bacteria *Helicobacter Pylori* es un agente patógeno Gram negativo que frecuentemente se encuentra en la mucosa gastrointestinal de las personas, provocando diferentes afecciones del sistema digestivo, incluyendo úlceras pépticas, gastritis e incluso adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico tipo MALT.

Los métodos diagnósticos de este microorganismo pueden diferenciarse en dos tipos, métodos no invasivos y métodos invasivos.

Los métodos no invasivos consisten en pruebas en las que no es necesario hacer biopsia endoscopia, como sería la prueba del aliento o la serología.

La prueba del aliento consistiría en administrar a la persona una cápsula con contenido de urea, y tras unos 20-30 minutos se indica al paciente que exhale en un tubo el aliento, esto es debido a que la capsula de urea reacciona en la mucosa gástrica si existe la bacteria, expulsando esa urea en el aliento. Para la realización de la prueba existen algunas recomendaciones previas, para intentar que salga la prueba fiable, algunas de ellas son por ejemplo, evitar el uso de antibióticos unas 4 semanas anterior a la realización de ésta, también no tomar inhibidores de la bomba de protones unos días antes, además de ir en ayunas.

La serología sería mediante la extracción de sangre del organismo, averiguar si existen anticuerpos contra dicha bacteria.

Además existen otras pruebas no invasivas como puede ser la PCR que sería la reacción en cadena de la polimerasa o el cultivo de las heces, éstas menos utilizadas.

Los métodos invasivos se realizan a través de la realización de una endoscopia. Dentro de estas técnicas estarían la biopsia, la tinción histológica, la prueba de la ureasa y el cultivo.

La biopsia se realiza mediante endoscopia, mediante la cual se ven las paredes de conducto digestivo y se realiza cogiendo células o capas de la pared del estómago y estudiándolas para ver si está presente el agente patógeno.

La tinción, también realizada mediante endoscopia consistiría en coger dos biopsias de la mucosa del estómago. Y en estas se realiza una tinción, es decir se añade un producto a las biopsias, que en este caso serían unos colorantes para poder realizar diferencias de colores de capas y microorganismos y se estudiaría mediante microscopio las diferentes capas y bacterias que existen en la mucosa gástrica.

La prueba de la ureasa consiste en realizar también una biopsia, y esta mezclarla con un producto o preparados comerciales, que igualmente que la tinción reaccionan, pero esto es debido al cambio del pH de la mucosa y no a añadir colorantes. Si es positivo, es decir si existe bacteria, ésta cambiaría de color y pasaría a ser rosa o roja, y si es negativo, por el contrario no cambiaría. Este cambio o resultado suele ser rápido, pero se dejaría hasta 24 horas a ver si existe reacción, entonces se consideraría positivo también.

El cultivo se realiza básicamente para comprobar las resistencias a antibióticos que puede presentar la persona, para encontrar la combinación de éstos más eficaz para tratar el agente patógeno, y conseguir su erradicación.

Existen diferentes combinaciones de fármacos para erradicar el *Helicobacter Pylori*, entre estos fármacos estarían:

☒ Inhibidores de la bomba de protones o de la secreción ácida del estómago, como el omeprazol. Esto es eficaz al inhibir la acidez del estómago conseguimos que sobreviva menos el microorganismo, al encontrarse en un medio ácido y además mejoramos la sintomatología que este produce, ya que se protege la mucosa del estómago al presentar un pH menos ácido, favoreciendo la cicatrización de úlceras y mejorando la gastritis si existiera.

☒ Antibióticos, existen diferentes antibióticos que se utilizan en la terapia contra el *Helicobacter Pylori*, dentro de estos estarían: o Metronidazol: además de ser antibiótico se considera un antiparasitario. Su utilización se realiza para combatir bacterias, por esta razón sería una buena indicación contra esta. Este preparado presenta muchas veces altas resistencias, por lo que es necesario evaluar previamente las resistencias de cada paciente a los diferentes antibióticos para ajustar el protocolo a seguir en cada caso. o Amoxicilina: hoy en día muy ampliamente utilizada en diferentes tratamientos en los que son necesarios los antibióticos. Es un fármaco derivado de la penicilina, preparado muy conocido también. o Claritromicina: este medicamento se constituye dentro del grupo de los antibióticos macrólidos, actuando a nivel de la síntesis de las proteínas de las bacterias. También presenta altas resistencias como el metronidazol, por lo que se seguirían los mismos pasos explicados anteriormente. Y hay que tener en cuenta que en estos casos se intentar evitar tomar estos productos de forma consecutiva o rutinaria. o Tetraciclina: se considera un bacteriostático dentro del grupo general de los antibióticos, su acción consiste también en inhibir la síntesis de las proteínas de la bacteria. o Levofloxacino: es un tipo de antibiótico del grupo de las quinolonas y actúa matando bacterias que actúan en el organismo.

☒ Bismuto: es un fármaco utilizado como antidiarreico, para el malestar gastrointestinal o incluso para la acidez que se produce en el estómago o de manera técnica podríamos llamarlo igualmente pirosis. Este produce una estimulación del sistema gastrointestinal favoreciendo la absorción que se produce en la pared de los intestinos tanto de electrolitos, como de líquidos que se encuentran aquí. Además existe una sustancia que se llamaría prostaglandinas que se encargan de la aumentada motilidad del intestino y de la inflamación de la mucosa del tubo digestivo, que con este fármaco se disminuiría o inhibiría la acción de esta

sustancia.

Con todos estos fármacos haríamos una combinación, dependiendo de las resistencias y de las alergias de las diferentes personas para tratar la bacteria *Helicobacter Pylori* y erradicarla por completo, previniendo la posible malignización de las células, llegando incluso a producir diferentes tipos de cáncer

Entre las diferentes combinaciones de medicamentos podríamos encontrarnos:

Terapias de 14 días triples, combinando 3 fármacos. Estas terapias se indican cuando existen resistencias a los respectivos antibióticos utilizados por debajo de un límite en cada uno. Entre los fármacos se encontrarían:

- Inhibidor de la bomba de protones, que se administraría 2 veces al día.
- Amoxicilina, que se administraría 3 o 4 veces al día dependiendo de la cantidad de fármaco en cada capsula, es decir, si es de 850 mg sería 3 veces al día, y si es de 500 mg sería 4 veces al día.
- Y además un tercer antibiótico que puede ser diferente en cada caso, entre ellos estarían: o Levofloxacino que se administraría 1 vez al día en 500 mg. o Claritromicina que se administraría 2 veces al día en 500 mg. o Metronidazol que se administraría 3 veces al día en 500 mg.

Además tendríamos terapias de 14 días también pero cuádruples, combinando 4 fármacos, que estas se utilizarían cuando existen mayores resistencias a antibióticos y es necesario la combinación de más fármacos para su erradicación. Entre las diferentes terapias estarían:

☒ Terapia triple tradicional (anteriormente descrita), en la que tendríamos:

- Inhibidor de la bomba de protones.
- Amoxicilina.
- Levofloxacino, claritromicina o metronidazol.
- Bismuto, subsalicilato de bismuto, como el cuarto componente adicional a la terapia triple tradicional. Este se administraría 2 veces al día.

☒ “Pylera”: este medicamento consistiría en una única capsula de medicación en la que se incluirían tetraciclina, metronidazol y bismuto. Con esta capsula solo sería necesario añadir el inhibidor de la bomba de protones para completar la terapia cuádruple. “Pylera” se administraría 4 veces al día y el inhibidor de la bomba de protones 2 veces al día.

☒ Terapia clásica cuádruple: en esta terapia estarían incluidos los fármacos:

- Inhibidor de la bomba de protones, 2 veces al día.
- Tetraciclina 4 veces al día 500 mg.
- Bismuto 4 veces al día.

- Metronidazol 4 veces al día 500 mg.

☒ Terapia híbrida: en esta terapia se combinan diferentes fármacos en diferentes semanas, esta sería:

- Primera semana: se administraría amoxicilina en combinación con el inhibidor de la bomba de protones

- Segunda semana: en esta consistiría en administrar amoxicilina también en combinación con el inhibidor de la bomba de protones, pero además añadir dos antibióticos más, como metronidazol y claritromicina.

☒ Terapia cuádruple sin bismuto o concomitante: se combinan tres antibióticos y el inhibidor de la bomba de protones, entonces tendríamos:

- Claritromicina.

- Amoxicilina.

- Metronidazol

- Inhibidor de la bomba de protones.

También existiría una terapia dual en la que se combinaría amoxicilina dependiendo de la cantidad de fármaco, 3 veces al día si es de 500 mg o 4 veces al día si es de 850 mg, con el inhibidor de la bomba de protones. Esta terapia estaría indicada para la duración de 14 días.

El tratamiento de primera línea de cualquier persona que presente la bacteria *Helicobacter Pylori* vendrá siendo ideal dependiendo de las resistencias, pero este tratamiento en primera instancia será una terapia triple de 14 días. Pero se deberá de realizar una elección u otra dependiendo de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas que se le realizan al paciente para verificar las resistencias existentes en el organismo de la persona a los diferentes antibióticos explicados. Tendríamos tratamientos de segunda y tercera línea. Estos se utilizarían cuando el tratamiento de primera línea ha fracasado y no se ha conseguido erradicar el agente patógeno del organismo. En este caso se escoge cualquier terapia triple que no contenga el antibiótico con presencia de resistencia que se haya utilizado anteriormente. También como tratamiento de segunda y tercera línea se podría utilizar cualquier terapia cuádruple de 14 días explicada anteriormente, como la concomitante, la clásica o la híbrida.

Existirían además tratamientos de salvamento o de rescate, que serían los tratamientos ya de cuarta línea de elección. Cuando llegamos a este punto nos encontraríamos ante la situación de elegir un tratamiento por cuarta vez por no ser efectivo ninguno de los tres tratamientos anteriores utilizados. En este caso tendríamos que utilizar antibióticos nuevos como la rifabutina o la furazolidona.

La rifabutina es un antibiótico derivado de la rifamicina que se utiliza contra la infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana). Este medicamento no está disponible en todos los lugares ya que es un fármaco con un alto coste. Además produce efectos adversos en los pacientes, con un porcentaje relativamente alto, por lo que es utilizado ya en tratamiento de cuarta o quinta elección o línea. Se administra dos veces al día 150 mg. Este fármaco se combinaría con el inhibidor de la bomba de protones y amoxicilina. Además si se añade bismuto a esta terapia, su eficacia se ampliaría notablemente para la erradicación de la bacteria.

La furazolidona es muy eficaz contra diferente microorganismos, es considerado un inhibidor de la mono amino oxidasa y también como el fármaco anterior no está disponible en todos los lugares, si no que se encuentra en muy pocos países, pero al contrario que la anterior este fármaco sí que es más económico. Se recomienda administrar tres veces al día 100 mg. Y esta medicación se añade formando una terapia cuádruple, en la que se combinan los fármacos: amoxicilina o tetraciclina, con inhibidor de la bomba de protones y bismuto y se administra durante 14 días. Este antibiótico presenta también numerosos efectos adversos y se podría relacionar con efectos oncogénicos, aunque no existen evidencias realmente y se han ratificado estudios de su seguridad recientemente. Pero por estas razones no se utiliza mucho, a pesar de su eficacia.

Las terapias de rescate o salvamento se resumen de la siguiente manera: o Terapia cuádruple con amoxicilina y furazolidona durante 14 días: Se administraría el inhibidor de la bomba de protones dos veces al día, furazolidona tres veces al día 100 mg, bismuto de subsalicilato dos comprimidos dos veces al día y amoxicilina tres veces al día 1 g. o Terapia cuádruple con tetraciclina y furazolidona durante 14 días: se administraría el inhibidor de la bomba de protones dos veces al día, furazolidona tres veces al día 100 mg, bismuto de subsalicilato dos comprimidos dos veces al día y tetraciclina cuatro veces al día 500 mg. o Terapia de 14 días dual: se administraría inhibidor de la bomba de protones tres o cuatro veces al día y amoxicilina tres veces al día 1 g o se podría combinar rabeprazol cuatro veces al día 20 mg con amoxicilina cuatro veces al día 750 mg. o Terapia de 10 días con rifabutina: en esta terapia nos podríamos encontrar con una terapia cuádruple o una terapia triple. En la terapia cuádruple tendríamos el inhibidor de la bomba de protones dos veces al día, rifabutina dos veces al día 150 mg, amoxicilina tres veces al día 1 gramo y bismuto subsalicilato dos veces al día dos comprimidos. Y en la terapia triple tendríamos los mismos fármacos exceptuando el bismuto subsalicilato que no se añadiría.

Para comprobar la efectividad de un método erradicador, en este caso tendríamos que encontrarnos ante la erradicación de la bacteria tras cuatro semanas posteriores a la última dosis del tratamiento, es decir, de la combinación de los fármacos adecuados, demostrando mediante alguna de las pruebas diagnósticas explicadas anteriormente, la inexistencia del agente patógeno en el organismo. Para la realización de las pruebas diagnósticas es necesario suspender el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones al menos 2 semanas antes de la realización de esta y los antibióticos suspenderlos también al menos 4 semanas antes de la realización de la prueba.

Existen diferentes errores relacionados con las infecciones producidas por la bacteria *Helicobacter Pylori*, tanto en el tratamiento, como en las pruebas o como verificar la erradicación, entre ellos se encontrarían:

- Repetir el mismo esquema o la misma terapia que ya fracasó anteriormente.
- Inventarse los tratamientos por intuición.
- Utilización de terapias triples por 7 o 10 días, en vez de 14 días y además con existencia de resistencia a claritromicina superior al 15%.
- No verificación de erradicación de la bacteria en pacientes que presenten situaciones específicas, como úlceras pépticas sin o con complicaciones, cáncer de estómago previo, trombocitopenia inmune, o incluso linfoma MALT, etc.
- Solicitar endoscopias para la verificación de la erradicación de la bacteria *Helicobacter Pylori*.
- Hay que verificar que con el tratamiento se consigue erradicar el microorganismo y no presumir de que siempre que se da un tratamiento se consigue su erradicación.
- Comentar con el paciente que no se consigue la erradicación del agente patógeno, porque como se dice todo el mundo lo tiene en el sistema digestivo.
- Consideración siempre de que si existen síntomas digestivos del sistema digestivo superior se deben al microorganismo de *Helicobacter Pylori*.
- Considerar al agente patógeno que es beneficioso para la salud o que es se considera parte de la flora normal del sistema digestivo.
- Obtener la verificación de la erradicación de la bacteria mediante la prueba de serología.

Todos estos errores hay que tenerlos muy en cuenta para no llegar a ellos, sin verificar eficazmente todas las situaciones. Todo esto se realiza para conseguir una erradicación del agente patógeno óptima, en las mejores condiciones, en el menor tiempo posible, e intentando conseguir la erradicación en las primeras

líneas de tratamiento. Ya que la bacteria cada vez se va haciendo más resistente y resultara más trabajo conseguir su completa erradicación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones finales del trabajo realizado, de la revisión bibliografía sobre el *Helicobacter Pylori*, primeramente se procede a enumerar resumido todo lo importante relacionado con esta bacteria, para poder sacar una conclusión en conjunta de todo.

1. La existencia de la bacteria se demostró relativamente cerca en el tiempo, es decir que esta se descubrió hace pocos años.
2. La existencia de la bacteria en el organismo es considerada una de las enfermedades crónicas más frecuentes, con mayor incidencia en el mundo entero.
3. La presencia de este agente patógeno en el organismo puede dar como consecuencia el desarrollo de otras enfermedades más importantes, mas malignas con mayor morbimortalidad.
4. Presenta manifestaciones clínicas de afectación del sistema gastrointestinal, como gastritis, úlceras o incluso carcinoma de estómago.
5. Existen diferentes pruebas diagnósticas para comprobar la presencia del microorganismo en el sistema digestivo, entre ella existen unas no invasivas como la prueba del aliento y la serología, y otras pruebas invasivas en las que es necesario realizar una biopsia a través de endoscopia que serían la biopsia, la tinción histológica, la prueba de la ureasa y el cultivo.
6. La erradicación se realiza a través de diferentes combinaciones de fármacos, entre los que se incluyen antibióticos, inhibidores de la bomba de protones y bismuto.
7. Es muy importante las resistencias existentes en cada individuo a los diferentes antibióticos para poder realizar un tratamiento adecuado individualizado y conseguir la erradicación del agente patógeno en el organismo.
8. Tendríamos terapias triples, cuádruples o duales dependiendo de la combinación de 3, 4 o 2 fármacos respectivamente.
9. Las terapias triples combinan inhibidor de la bomba de protones, con antibióticos como la amoxicilina, claritromicina o metronidazol o levofloxacino durante 14 días.
10. Las terapias cuádruples combinan inhibidor de la bomba de protones, con los antibióticos anteriores de las terapias triples o incluso añadiendo bismuto al tratamiento durante 14 días.

11. La terapia dual combina un inhibidor de la bomba de protones con amoxicina durante 14 días.
12. También los tratamientos para la erradicación del *Helicobacter Pylori* se pueden considerar de primera, segunda, tercera y hasta cuarta línea, si se administran por primera vez, segunda, etc. O incluso tendríamos un tratamiento de rescate cuando no hemos conseguido erradicar la bacteria tras tratamientos de primera, segunda línea e incluso hasta cuarta línea.
13. Para comprobar que el tratamiento erradicador ha sido efectivo, se realiza una de las pruebas diagnósticas tras cuatro semanas de la finalización del tratamiento y se comprueba que el agente patógeno no se encuentra en el organismo del individuo.

Tras la realización de este resumen en las conclusiones, podríamos verificar la importancia del tratamiento del *Helicobacter Pylori*, principalmente por la alta incidencia de la existencia de este microorganismo en la población en general y por la repercusión que puede llegar a producir la no erradicación de este, produciendo grandes afecciones a nivel del sistema digestivo. Además hay que tener en cuenta que este agente patógeno se continúa estudiando e investigando, ya que su hallazgo fue muy reciente, en apenas unos años. Por esta razón hay que actualizarse continuamente, porque seguramente se vaya avanzando cada día en los tratamientos, en las resistencias y en todo lo relacionado con este microorganismo.

También tendría como conclusión tras la realización de la investigación, la realización de las pruebas adecuadas para detectar la presencia de este en el organismo, aplicando las no invasivas siempre que sea posible y dejando las invasivas para situaciones más especiales, y muy importante la realización de la obtención de resistencias a antibióticos de cada individuo, para la realización del adecuado tratamiento individualizado para la erradicación lo más pronto posible y evitar enfermedades mayores o de mayor morbilidad.

Y sobre todo conseguir una erradicación óptima en cada individuo, ya sea utilizando terapias triples como cuádruples o como duales, individualizadas en cada caso evitando las diferentes resistencias a antibióticos de cada persona.

En los últimos estudios realizados y revisados, se encuentra como la terapia triple la más eficaz de todas, siempre que la persona indicada para ella no presente resistencia a ninguno de los antibióticos que se utilizarían, si no por el contrario la siguiente más eficaz se consideraría la terapia cuádruple.

6 Bibliografía

1. Venneman K, Huybrechts I, Gunter MJ, Vandendaele L, Herrero R, Van Herck K. The epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in Europe and the impact of lifestyle on its natural evolution toward stomach cancer after infection: A systematic review. *Helicobacter*. 2018;e12483. <https://doi.org/10.1111/hel.12483>
2. Zamani M, Ebrahimtabar F, Zamani V, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47:868–876. <https://doi.org/10.1111/apt.14561>
3. Laserna A, Barahona-Correa JE, Alba LH. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori*: apreciación crítica de la literatura. *Univ. Med.* 2018;59(3). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-3.pylo>
4. Marulanda H, Otero W, Gómez M. *Helicobacter pylori*, gastritis nodular y lesiones premalignas de estómago: un estudio de casos y controles. *Rev Gastroenterol Peru*. 2018;38(4):349-55.
5. Sánchez Delgado J, et al. Actualización en el manejo de la infección por *Helicobacter pylori*. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterol Hepatol*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.12.009>
6. Best LMJ, Takwoingi Y, Siddique S, Selladurai A, Gandhi A, Low B, Yaghoobi M, Gurusamy KS. Non invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD012080. DOI: 10.1002/14651858.CD012080.pub2.
7. Gebeyehu E, Nigatu D, Engidawork E (2019) *Helicobacter pylori* eradication rate of standard triple therapy and factors affecting eradication rate at Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia: A prospective follow up study. *PLoS ONE* 14(6): e0217645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217645>
8. Muñoz N., Sanchez-Delgado J., Baylina M., et al. Prevalencia de las resistencias de *Helicobacter pylori* tras el fracaso de una primera línea de tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(10):654–662.
9. Menéndez-Morales D. R., Chapas-Gonzalez R. R., Ligorria-Goicolea M. R. et al. Erradicación de *Helicobacter pylori* con terapia triple estándar de primera línea. *Ciencia, Tecnología y Salud*, 5(1) 2018, 54-62.
10. Otero W, Gómez M, Otero L, Trespalacios A. *Helicobacter pylori*: ¿cómo se trata en el 2018?. *Rev Gastroenterol Peru*. 2018;38(1):54-63.
11. Gebeyehu E, Nigatu D, Engidawork E (2019) *Helicobacter pylori* eradication rate of standard triple therapy and factors affecting eradication rate at Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia: A prospective follow up study. *PLoS*

ONE 14(6): e0217645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217645>

12. Pérez-Arellano E, et al. Erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* con una nueva terapia cuádruple basada en bismuto en la práctica clínica. *Gastroenterol Hepatol*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.08.005>

13. Zagari RM, Rabitti S, Eusebi LH, Bazzoli F. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: A clinical practice update. *Eur J Clin Invest*. 2018;48:e12857. <https://doi.org/10.1111/eci.12857>

14. Morcillo Muñoz J., Otero Regino W., Gomez Zuleta M. *Helicobacter pylori*: ¿cómo mejorar las terapias de erradicación? *Rev Colomb Gastroenterol* / 33 (4) 2018.

15. Corral Sanchez G. M., Mendoza Hidalgo K. L., Basurto Valencia M. R., et al. *Helicobacter Pylori* diagnostico tratamiento y consecuencia en la infancia. 2018. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. 2(2). pp. 484-505.

Capítulo 9

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones del comportamiento en conexión con el deseo de controlar el peso y con la ingesta de la comida.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los casos más prevalentes en la actualidad. Estos trastornos se están expandiendo cada vez más y están llegando a tratarse de un problema emergente, por lo que en los profesionales y en la población en general se está despertando un mayor interés por ellos.

No existe un consenso de cuáles son los factores determinantes de los trastornos de la conducta alimentaria por mucho que se han desarrollado los estudios longitudinales.

Los factores determinantes de los TCA se dividen en tres grandes grupos: los biológicos, los socioculturales y los psicológicos.

- Factores biológicos: Dentro de estos habría que destacar la genética, el papel de la pubertad y el sobrepeso o la obesidad.
- Factores socio-culturales: Hay que destacar las presiones sobre el peso socio-culturales y los aspectos transculturales.
- Factores psicológicos: incluye la preocupación por el peso, la importancia de la insatisfacción con la imagen corporal, el comportamiento inadecuado para bajar de peso (dieta) y la baja autoestima y el afecto negativo.

En España no se han realizado estudios epidemiológicos de la población en general, si no que los estudios realizados son en ciertas comunidades autónomas, en los que se aprecian diferencias según estas. Estos estudios se comenzaron a realizar a mediados de los años 90. En cambio en otros países como Estados Unidos, Canadá, Australia o el norte de Europa si que se han realizado numerosos estudios desde los años 70, donde se observa el aumento de la prevalencia de estos trastornos, por lo que supone un problema de salud.⁶

En la actualidad, los trastornos alimentarios afectan en mayor proporción a las mujeres que a los hombres, siendo las proporciones de uno entre seis o diez personas. En la anorexia, aun se nota más la mayor proporción de mujeres que la padecen, con un porcentaje de alrededor del 95%.

La anorexia se suele presentar en mayor proporción entre los 15 y los 25 años de edad en las mujeres, aunque presenta una prevalencia del 1-1.5% entre las mujeres que comprenden edades desde los 16 años hasta los 40. En Estados Unidos aproximadamente el 0,5% de las mujeres adolescentes presentan anorexia nerviosa, y entre 1% y 2% presentan bulimia nerviosa. Y entre un 5% y un 10% de todos los casos que se dan de trastornos alimentarios son hombres.

Hoy en día, la anorexia está llegando a mayores proporciones en los hombres, aunque siempre debe destacar que afecta mucho más a las mujeres jóvenes.

Además, en la mayoría de los estudios realizados se observa que hay mayor prevalencia de la bulimia dentro de los trastornos alimentarios que de cualquier otro tipo de trastorno alimenticio

Para realizar un diagnóstico de un trastorno alimentarios se debe recoger información mediante una entrevista clínica y ver si se cumplen los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10. Cuando se sospecha de uno de los trastornos sería necesario además hacer una completa e individual historia tanto clínica como familiar en el que se incluyan diferentes aspectos:

- Una exploración física, donde se realizara también una exploración dentaria, además del estado de la piel y las mucosas.
- Una exploración cardiocirculatoria.

- Una exploración respiratoria.
- Una exploración neurológica.
- Y unas pruebas de laboratorio.
- La historia familiar.
- El genograma de la familia, incluyendo si algún familiar ha tenido o tiene antecedentes patológicos.
- La alimentación, tanto de la familia como de la persona en concreto.

Para poder recoger toda la información posible y necesaria para realizar un diagnóstico de trastornos alimentario será necesario ser empático, además de mostrar apoyo y confianza a la persona, y sobre todo lo más importante la confidencialidad

El tratamiento que se realiza en los trastornos de la conducta alimentaria es un tratamiento en equipo triangular entre el psiquiatra, el psicólogo y el equipo de enfermería, además de la ayuda del equipo de terapia ocupacional.

Se utiliza un dispositivo interdisciplinario en el que se incluyen diferentes áreas:

- Grupo psicoeducativo.
- Grupo terapéutico.
- Psicoterapia individual, familiar y entrevistas de orientación hacia los padres.
- Control farmacológico y médico-nutricional.

Los grupos psicoeducativos son una forma de tratamiento, en el que se intenta informar a los pacientes sobre los trastornos alimentarios y llegar a conseguir que el paciente tome decisiones sobre su propio cuidado.

Los grupos terapéuticos se realizan para que los pacientes escuchen las historias de otros pacientes y así puedan enriquecerse de lo que cuentan los demás y les haga función de espejo, para compararla con su situación en las que a veces hay muchas similitudes y pueden aprender de otros para afrontar situaciones. Además pueden perder el aislamiento social que pueden tener algunos, al relacionarse y hablar con otros pacientes en parecidas o mismas situaciones. Así también aprenden a socializarse aprendiendo para cuando se tengan que enfrentar a la vida cotidiana.

La atención médica-nutricional se utiliza para explicar a los pacientes los requerimientos alimentarios necesarios mínimos y la administración de fármacos o complementos, para poder ir reorganizando la alimentación de los pacientes y realizar un seguimiento hasta la recuperación. El equipo de enfermería se ocupa de que se cumplan todos los requerimientos mínimos alimentarios, con un seguimiento de los pacientes continuo durante las 24 horas del día durante las hospitalizaciones.

La psicoterapia familiar o las entrevistas de orientación para los padres son muy importantes para que el tratamiento llegue a ser eficaz, por lo que se debe incluir a la familiar en el proceso terapéutico.

La psicoterapia individual se utiliza para poder posicionar a los pacientes dentro de su recuperación, para que intervengan como sujetos activos de éstos.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Actualizar las actuaciones de enfermería en la anorexia nerviosa.

Objetivos específicos:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre los aspectos más relevantes de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Describir un plan estandarizado de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente de la anorexia nerviosa.

3 Metodología

Bases de datos.

El estudio se ha realizado haciendo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, ScienceDirect y Google Académico.

Las palabras claves utilizadas para este estudio han sido: trastornos alimentarios, eating disorders, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y plan de cuidados. Además se han utilizado los operadores booleanos "AND" u "OR", para poder especificar la búsqueda. También se ha utilizado un rango de años, desde el 2010 hasta el 2015 para que la búsqueda sea lo más reciente posible

Criterios de inclusión.

En este estudio se han incluido artículos de revistas tanto en inglés como en español en los que se han revisado primeramente los títulos de estos y después, los resúmenes o abstract para poder incluirlos dentro del estudio. Por último se han revisado los artículos al completo.

Se han incluido los artículos que estaban dentro del rango de años utilizado, es decir desde 2010 al año actual, además de que trataran de los trastornos alimentarios.

En la primera inclusión de artículos se han seleccionado 35 artículos según el título. En una segunda revisión solo se han seleccionado 21 artículos según el

resumen o abstract. Y en una última revisión solo se han escogido 18 artículos para realizar el estudio, mediante revisión completa del artículo.

Para explicar bien cómo se han seleccionado los artículos se ha realizado una tabla, en los que se van seleccionando artículos por selección. (Anexo 4).

También se han utilizado algunas guías clínicas (con evidencia científica), webs de salud (APA, OMS...) y material facilitado en la unidad donde he realizado las practicas clínicas.

Criterios de exclusión.

No se han seleccionado artículos procedentes de páginas webs o publicaciones no contrastadas.

Además se han excluido los artículos que eran en otros idiomas diferentes al inglés o al español.

4 Resultados

Plan de cuidados de la anorexia nerviosa.

Para realizar el plan de cuidados de la anorexia nerviosa, se utiliza un modelo mixto, en el que se combinan las necesidades de Virginia Henderson y los patrones de Mayory Gordon.¹⁶ (Anexo 5).

Análisis psicopatológico estandarizado:

- Psicopatología de la memoria: No se encuentra afectada.
- Psicopatología de la inteligencia: No se encuentra afectada.
- Psicopatología del pensamiento y del lenguaje: Los pacientes presentan: Trastorno de la vivencia de pertenencia del pensamiento: Obsesiones y compulsiones, es decir, presentan obsesiones como podría ser engordar o directamente con la comida, etc. Por estas obsesiones se realizan compulsiones, que podrían ser rituales a la hora de comer, no comer ciertas cosas, etc.
- Psicopatología de la sensopercepción: No se encuentra alterada.
- Psicopatología de la psicomotricidad: Los pacientes presentan: Alteraciones cuantitativas de la psicomotricidad: Pueden presentar inquietud psicomotriz o todo lo contrario que sería inhibición psicomotriz, depende de la situación de cada paciente.
- Psicopatología del yo, del espacio y del tiempo: Los pacientes presentan: Trastorno del esquema corporal.
- Psicopatología de la conciencia: No se encuentra alterada.
- Psicopatología de las necesidades básicas:

Psicopatología de la sexualidad: Los pacientes pueden presentar disfunciones sexuales.

Psicopatología del sueño: Los pacientes pueden presentar disomnias, más concretamente insomnio.

Psicopatología de la alimentación: Los pacientes presentan anorexia nerviosa, y muchas veces algunos síntomas de bulimia nerviosa.

Psicopatología de la agresividad: Los pacientes presentan autoagresividad y heteroagresividad.

- Psicopatología de la afectividad: Los pacientes presentan tristeza patológica, ansiedad, anhedonia.

PRIORIZACIÓN:

1. Agresividad.
2. Afectividad.
3. Alimentación.

AREAS DE CUIDADOS:

Para la realización del plan de cuidados se van a priorizar varias áreas de cuidados:

- Manejo de la salud: No existe conciencia de enfermedad, ni consumo de sustancias. Además se realizara psicoeducación.

NANDA: 00099. Mantenimiento ineficaz de la salud.

Características y factores: afrontamiento individual ineficaz.

NOC: 1853. Conocimiento: Manejo del trastorno de la alimentación.

Indicadores:

185301. Peso diana saludable: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185302. Prácticas nutricionales saludables: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185303. Relación entre dieta, ejercicio y peso: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185304. Objetivo alcanzable de ganancia de peso: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185316. Estrategias para manejar el estrés: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185323. Estrategias para promover la autoestima: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

NIC:

5440. Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades:

- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda.
- Implicar a la familia en los cuidados y la planificación.

5395. Mejora de la autoconfianza.

Actividades:

- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.

5510. Educación para la salud.

Actividades:

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos.
- Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

5606. Enseñanza: individual.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza.
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica.
- Incluir a la familia.

5430. Grupo de apoyo.

Actividades:

- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Crear una atmosfera relajada y de aceptación.
- Enfatizar la importancia del afrontamiento activo.

1100. Manejo de la nutrición.

Actividades:

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibras para evitar el estreñimiento.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.

• Seguridad: existe auto y heteroagresividad.

NANDA: 00140. Riesgo de violencia autodirigida.

Características y factores: problemas de salud mental.

NOC: 1403. Autocontrol del pensamiento distorsionado.

Indicadores:

140307. Solicita la ratificación de la realidad: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

140312. Expone pensamiento basado en la realidad: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado

NIC:

5330. Control del estado de ánimo.

Actividades:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia)
- Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).
- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo).
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.

5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

1850. Mejorar el sueño.

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

4360. Modificación de la conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.

5880. Técnica de relajación.

Actividades:

- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Permanecer con el paciente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (por ejemplo: técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante).

5450. Terapia de grupo.

Actividades:

- Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y asumir responsabilidades de sus propios problemas.
- Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal.
- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí.
- Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos entre sí.

- Respiración: En este patrón la mayoría de los pacientes presentan ansiedad.

NANDA: 00146. Ansiedad.

Características y factores: Anorexia.

NOC: 1211. Nivel de ansiedad.

Indicadores:

121105. Inquietud: desde grave hasta ninguno.

121108. Irritabilidad: desde grave hasta ninguno.

121117. Ansiedad verbalizada: desde grave hasta ninguno.

121131. Cambio en las pautas de alimentación: desde grave hasta ninguno.

NOC: 1402. Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

140201. Monitoriza la intensidad de la ansiedad: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

140202. Elimina precursores de la ansiedad: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

140203. Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

140214. Refiere dormir de forma adecuada: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

NIC:

5820. Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre su situación estresante.

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

5230. Mejorar el afrontamiento.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.

- Alimentación: Baja cantidad y calidad de alimentos. Malos hábitos y actitud frente a la comida. Educación sanitaria.

NANDA: 00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
Características y factores: Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.

NOC: 1004.Estado nutricional.

Indicadores:

100401. Ingestión de nutrientes: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

100402. Ingestión de alimentos: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

100403. Energía: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

100405. Relación peso/talla: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

100408. Ingesta de líquidos: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

100411. Hidratación: desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

NOC: 1411. Autocontrol del trastorno de la alimentación.

Indicadores:

141101. Selecciona un peso diana saludable: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

141102. Participa en el establecimiento con un profesional sanitario de objetivos dietéticos alcanzables: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

141103. Establece objetivos de ganancia de peso alcanzable: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

141105. Controla el peso: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

141129. Preocupación por los alimentos: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

141130. Preocupación por el peso: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado

NOC: 1853. Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación.

Indicadores:

185301. Peso diana saludable: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185302. Prácticas nutricionales saludables: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

185304. Objetivo alcanzable de ganancia de peso: desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

NIC:

1160. Monitorización nutricional.

Actividades:

- Pesar al paciente.
- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Identificar las anomalías de la piel y del pelo.
- Identificar las anomalías de la defecación.
- Identificar las anomalías de ungueales.
- Identificar las anomalías del sistema musculo esquelético.
- Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional.

1030. Manejo de los trastornos de la alimentación.

Actividades:

- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento e implicar al paciente y a los allegados.
- Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo.
- Hablar con el dietista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir y/o mantener el peso marcado como objetivo.
- Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente.
- Desarrollar una relación de apoyo con el paciente.
- Vigilar los parámetros fisiológicos.
- Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar).
- Restringir la disponibilidad de la comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.
- Observar al paciente durante y después de las comidas/tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada.
- Acompañar al paciente al servicio durante los momentos de observación establecidos después de la comidas/tentempiés.
- Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de sensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Limitar la actividad física.

5246. Asesoramiento nutricional.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.

- Eliminación: Abuso de psicofármacos. Abuso de laxantes.

NANDA: 0015. Riesgo de estreñimiento.

Características y factores: Malos hábitos alimentarios, abuso de laxantes, antidepresivos.

NOC: 0501. Eliminación intestinal.

Indicadores:

50101. Patrón de eliminación: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

50104. Cantidad de las heces en relación con la dieta: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

50110. Estreñimiento: desde grave hasta ninguno.

50111. Diarrea: desde grave hasta ninguno.

50121. Eliminación fecal sin ayuda: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

50123. Abuso de ayuda para la eliminación: desde grave hasta ninguno.

NIC:

0450. Manejo del estreñimiento/impactación fecal.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
 - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, - volumen y color.
 - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
 - Establecer una pauta de defecaciones.
 - Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes.
- Autoestima: los pacientes presentan una baja autoestima (depresión, ansiedad...), ya que no se encuentran bien consigo mismos, con su cuerpo, etc.

NANDA: 00118. Trastorno de la imagen corporal.

Características y factores: Expresa sentimiento negativos sobre el cuerpo.

NOC: 1200. Imagen corporal.

Indicadores:

120001. Imagen interna de sí mismo: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

120002. Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

120005. Satisfacción con el aspecto corporal: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

NOC: 1205. Autoestima.

Indicadores:

120501. Verbalizaciones de autoaceptación: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

120502. Aceptación de las propias limitaciones: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

120505. Descripción del yo: desde nunca positivo hasta siempre positivo.

NIC:

5220. Mejora de la imagen corporal.

Actividades:

- Determinar las expectativas corporales del paciente.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la pubertad.
- Identificar la influencia de la cultura, religión, raza, sexo y edad del paciente en la imagen corporal.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.

5400. Potenciación de la autoestima.

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Determinar el locus de control del paciente.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de todo el trabajo realizado, tras explicar el plan de cuidados estandarizado de la anorexia nerviosa, hay que tener en cuenta los diagnósticos enfermeros más importantes en esta patología que serían:

- Mantenimiento ineficaz de la salud.
- Riesgo de violencia autodirigida.
- Ansiedad.
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- Riesgo de estreñimiento.
- Trastorno de la imagen corporal.

Con estos diagnósticos, se han resuelto los objetivos de este trabajo, realizando una revisión bibliográfica y un plan de cuidados, y así actualizando las actuaciones de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.

La intervención de enfermería, junto con un equipo disciplinar, sería importante para que los pacientes con estos trastornos puedan llegar a un completo estado de bienestar, y no solamente la ausencia de enfermedad. Esto sería lo que podríamos definir como salud.

Además en el papel de enfermería con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, es muy importante también la empatía y sobre todo la escucha activa. Escuchar a los pacientes, ya que cada uno de ellos tiene una historia pasada por la que comenzó con el trastorno alimentario. La mayoría de la veces un trastorno alimentario comienza por un acontecimiento que deja huella en la persona, y también muchas veces este trastorno comienza para poder llamar la atención de alguien, para que le presten más atención o simplemente porque algún familiar cercano ha padecido el trastorno y es lo que ha aprendido la persona desde pequeño.

Además como conclusión parece muy interesante añadir algunas anotaciones de un relato bibliográfico publicado con título “La vivencia de una madre frente a una adolescente anoréxica”. En este relato se expone la experiencia de una madre con una hija anoréxica adolescente. Nos relata a través de sus propias palabras como comenzó su “calvario”, como descubrió que su hija padecía un trastorno alimentario e incluso las estrategias de afrontamiento que utilizó ante esta situación.

Tras recorrer un largo camino y pedir ayuda, encontró a una enfermera que fue su salvadora y ayudo a su hija.

6 Bibliografía

1. Castro Fornieles, J. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. Vol. 2. 17ª ed. España: Elsevier S.L.; 2012. P. 1479-1482.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5ª ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
3. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. 8ª edición. Madrid: Meditor. 2008.
4. Rojo Moreno L., Plumed Domingo J., Conesa Burguet L., Vaz Leal F., Díaz Marsá M., Rojo-Bofill L. et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. Rev.Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [Fecha de consulta: 11 de Marzo de 2015]; 5(3): 197-204. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-los-trastornos-conducta-alimentaria-consideraciones-90141479>.
5. Portela de Santana M.L., da Costa Ribeiro Junior H., Moral Giral M., Raich R.M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr. Hosp. [Internet] 2012 [Fecha de consulta: 13 Marzo de 2015]; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008.
6. Peláez Fernández M.A., Raich Escursell R.M., Labrador Encinas F.J. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Rev. Mex. de trastor. Aliment. [Internet]. 2010 [Fecha de consulta: 13 Marzo de 2015]; 1(1):62-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232010000100007>
7. Rosen D.S. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. [Internet] 2010 [Fecha de consulta: 18 Abril de 2015] Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/6/1240.full.html>
8. Basurte Villamor I., Sevilla Vicente M.J., Holguera Ortiz S., Ferre Navarrete F. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine [Internet]. 2011 [Fecha de consulta: 3 Abril de 2015]; 10(86):5817-24. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es/trastornos-conducta-alimentaria/articulo/X0304541211274479/>
9. Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, García Vilches I. Alteraciones psicopatológicas y hallazgos de neuroimagen con valor discriminante en los trastornos

- de la conducta alimentaria. *Actas Esp. Psiquiatr.* [Internet] 2011 [Fecha de consulta: 20 Marzo de 2015]; 39(4):203-10. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-203-210-568167.pdf>
10. Muñoz Martínez V, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T. Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria. *Apunt. Cienc.* [Internet] 2011 [Fecha de consulta: 20 Marzo de 2015]; 1(4): 43-49. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3836674.pdf>
 11. Franco Paredes K, Álvarez Rayón GL, Ramírez Ruelas RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: una revisión de literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [Internet] 2011 [Fecha de consulta: 5 Abril de 2015]; 2: 148-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200009
 12. Vega Lora J, Gaiteiro Ramírez del Verger V. Intervención enfermera en el plan terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): renutrición. -*Hygia* [Internet]. 2013 [Fecha de consulta: 28 Marzo de 2015]; 84: 36-40. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia84.pdf>
 13. Vega V, Roitman D. Implementación de un dispositivo interdisciplinario para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología de MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2014. Disponible en: <http://www.aacademica.com/000-035/256>
 14. Fullana M A, Fernández de la Cruz L, Bulbena A, Toro J. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med-Clin* [Internet]. 2012 [Fecha de consulta: 18 Marzo de 2015]; 138(5): 215-219. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficacia-terapia-cognitivo-conductual-los-trastornos-90097730>
 15. Porro Santos C. Eficacia de un programa de relajación para mejorar el manejo de control de impulsos en pacientes con bulimia. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2011 [Fecha de consulta: 5 Mayo de 2015]; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0592.php>
 16. Gavira Fernández C, O'ferral González C, Romero Sánchez JM. Guía de prácticas: Capítulo Protocolo de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Protocolo elaborado por el grupo de trabajo de la asignatura de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental de la Universidad de Cádiz.
 17. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2ª edición. Madrid: Elsevier; 2013.

18. Herrera Gómez A, Martínez Galiano JM, Fernández Valero MJ. Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería Global* [Internet]. 2011 [Fecha de consulta: 10 Mayo de 2015]; 23: 147-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300010&script=sci_arttext
19. Ugalde Apalategui, M. y Lluch Canut, M.T. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca [Internet]. 2011 [Fecha de consulta: 10 Mayo de 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>
20. Fajardo Galván M, Padilla Laparra A, Ruiz García F. Plan Estandarizado para pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria ingresados en una Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Poster de la Jornada de Cuidados en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2012. Madrid.
21. Gil Guiñón F, Vílchez Estévez MC, Feria Raposo I, Pastor Ramos M, Ávila Villafuerte A, Jiménez Rodríguez M. Efectividad de una intervención enfermera en la mejora del estado nutricional de pacientes con trastornos de salud mental hospitalizados. *Metas de Enferm.* [Internet]. 2014 [Fecha de consulta: 10 Mayo de 2015]; 17(7): 26-31. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80630/>
22. Marcos Mateo V, Franco Zambrano A, González Márquez E, Cano Miranda, I, Domínguez Pérez I, de la Salud Flores Mateo I et al. Planes de Cuidados Enfermeros en Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud. 2008.
23. Soro Alcubierre G, Vázquez Sancho C, Villabona Resano J, Prat Baldovin N. La vivencia de una madre frente a una adolescente anoréxica. *Arch de Memoria* [Internet]. 2013 [Fecha de consulta: 14 Mayo de 2015]; (10 fasc 2). Disponible en: <http://www.indexf.com.diana.uca.es/memoria/10/10109.php>.

Capítulo 10

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA EN EL EMBARAZO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MIRIAM CASARES BENITO

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

La mujer que se encuentra embarazada está expuesta a las mismas enfermedades agudas que la mujer que no está embarazada, en general una mujer durante su periodo de embarazo tiene la capacidad de defenderse mejor de estas enfermedades debido a sus mayores defensas inmunitarias y debido a la producción de hormonas corticales.

Por el contrario, las enfermedades crónicas sí que afectan más a la mujer embarazada y pueden dejar secuelas. En el embarazo pueden evidenciarse enfermedades que son propias o específicas de la gestación y que desaparecen casi siempre tras el parto, pudiendo tener consecuencias negativas en el embarazo y el feto.

Uno de los síntomas más comunes en la embarazada suelen ser las náuseas y vómitos afectando a más del 50% de las mujeres gestantes, estos síntomas suelen aparecer alrededor de la semana 5 y suelen resolverse antes de la semana 20.

Suelen ser episodios esporádicos que se inician con más frecuencia en las mañanas y que pueden verse desencadenados por olores fuertes, pudiendo tener relación con factores emocionales, alteraciones hormonales y como respuesta al curso normal del embarazo.

Aunque estos episodios tienen capacidad para alterar la vida de la gestante, en la mayoría de ocasiones no llegan a repercutir en su estado metabólico a excepción de algunos casos.

2 Objetivos

- Definir la hiperémesis gravídica.
- Conocer sus causas, síntomas, complicaciones y tratamiento.
- Establecer cuidados de enfermería para poder tratarla.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de recopilar documentos relacionados con el tema de interés.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos como Pubmed, Dialnet y Scielo además de buscadores como Google académico.

Las palabras clave utilizadas han sido: Embarazo, hiperémesis, vómitos, náuseas y enfermería.

Finalmente, se han seleccionado los artículos de mayor interés para así poder redactar los resultados del capítulo.

4 Resultados

La causa de la hiperémesis gravídica no se conoce con exactitud pero hay una serie de factores relacionados como pueden ser:

- Hormonales: Los niveles de la hormona gonadotropina humana (HCG). Sus niveles séricos son directamente proporcionales a la intensidad de los vómitos, el aumento de estrógenos (estradiol) puede ser otra de las causas hormonales y el

hipertiroidismo. Respecto a la progesterona, ACTH, cortisol, andrógenos y hormona del crecimiento aun no hay pruebas fiables de su implicación.

- Psicológicos: Factores como un aumento del estrés, un rechazo de la gestación o ausencia de la pareja.
- Gastrointestinales: un aumento del reflujo gastroesofágico y una dieta rica en grasa. Se esta estudiando la relación con infección por *Helicobacter pylori*.
- Factores de riesgo: Ser primigesta, tener una edad menor a 24 años, el tabaquismo y la obesidad.

Los síntomas más comunes que puede provocar la hiperémesis gravídica son:

- Vómitos, es el principal, antes de la semana 20.
- Sialorrea, epigastralgia.
- Pérdida de peso superior al 5 %.
- Deshidratación e hipovolemia (hipotensión, taquicardia, signo del pliegue, sequedad de mucosas y oliguria). El signo mas precoz en una embarazada es un aumento del hematocrito cuando debería estar disminuido normalmente.
- Cetosis por inanición, con trastornos neurológicos.
- En casos graves: lesión hepática (ictericia), neuritis periférica, encefalopatía de Wernicke (disminución de la vitamina B12), confusión e insuficiencia hepatorenal.

Una exploración minuciosa junto con los datos de laboratorio constituyen la manera de realizar un diagnóstico correcto. No obstante, hay que elaborar un diagnóstico diferencial de causas digestivas tales como una apendicitis o una gastroenteritis, causas neurológicas como una meningitis, u otras causas como hipertiroidismo, cetosis diabética, etc.

Para evitar las náuseas y vómitos típicos del primer trimestre, la matrona y/o enfermera recomiendan las siguientes actividades:

- Comidas pequeñas y frecuentes.
- Alimentos preferentemente fríos y espesos.
- Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasa.

- Alimentos poco condimentados o aliñados, evitar fritos.
- Desayunar en la cama esperando al menos 5 minutos antes de levantarse.
- No tumbarse tras la comida, permanecer sentada al menos 30 minutos.

En el caso de hiperémesis los pilares del tratamiento son:

- Ingreso hospitalario.
- Apoyo hidroelectrolítico.
- Aislamiento, psicoterapia, acupuntura...
- Tratamiento farmacológico: antieméticos, sedación, antiácidos y otros complementarios.
- Apoyo nutricional: las primeras 48 horas en ayunas, en algunos casos se tiene que recurrir a la alimentación enteral o parenteral.

Las complicaciones fetales suelen estar relacionadas con fetos con bajo peso al nacer (BPEG) y crecimiento intrauterino retardado (CIR), en casos aislados se produce muerte fetal. Las complicaciones maternas suelen estar relacionadas con trastornos neurológicos, ruptura esofágica, neumotórax; no obstante, la morbimortalidad materna de esta enfermedad es muy baja gracias al adecuado manejo de la misma.

Los cuidados de enfermería serán los propios de la intervención: “Manejo del vómito. 1570”.

Las actividades de enfermería son:

- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.
- Medir o estimar el volumen de la emesis.
- Determinar frecuencia y duración del vómito, utilizando escalas como la Descriptiva de Duke, Índice de Rhodes de náuseas y vómitos.
- Conseguir un historial completo, pretratamiento.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten los vómitos (ansiedad, miedo, fatiga, y ausencia de conocimientos).

- Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener las vías aéreas abiertas.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito (p. ej. ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).
- Proporcionar alivio (p. ej. toallas frías en la frente, lavar cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el vómito.
- Demostrar aceptación del vómito y colaborar con la persona a elegir una estrategia de control del vómito.
- Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si, durante un periodo de 30 min, no se han producido vómitos.
- Controlar el equilibrio de fluidos y de electrolitos.
- Fomentar el descanso.
- Utilizar suplementos nutritivos, si es necesario, para mantener el peso corporal.
- Pesar a la paciente con regularidad.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej. biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical o distracción) para controlar los vómitos.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.

5 Discusión-Conclusión

Alrededor de la semana 16 de gestación, más del 50% de las mujeres suele presentar una resolución de sus síntomas y para el 80% de mujeres estos síntomas se resuelven en torno a la semana 20 de embarazo.

Será un 10% de mujeres gestantes las que se vean afectadas hasta cierto grado con náuseas y vómitos graves durante todo el embarazo. La hiperémesis gravídica vuelve a presentarse hasta en el 80% de los siguientes embarazos.

Actualmente, dependiendo de la gravedad del trastorno, se utilizará una terapia determinada centrada en mejorar los síntomas y minimizar los riesgos que

puedan existir para el feto y la madre.

Estas terapias van desde realizar cambios en la dieta, aplicar un tratamiento farmacológico o incluso la hospitalización.

Es importante que aunque las náuseas y vómitos se vean como una parte normal del embarazo, se le brinde un correcto tratamiento a la paciente gestante para de esta forma poder evitar que estos síntomas puedan reducir la calidad de vida de la embarazada.

6 Bibliografía

1. Dulay AT. Hiperémesis gravídica [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/hiper%C3%A9mesis-grav%C3%ADdica>.
2. González EF. Manual de asistencia a la patología obstétrica. Sociedad Española de Ginecología; 1997.
3. Marín JR, Lloréns RZ. < Dirección médica del parto [Internet]. juntadeandalucia.es. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/202004/1337165362EASP_Direccion_medica_del_parto.pdf.
4. Andere JC. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC. 2018 [citado el 8 de agosto de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
5. Haro K de, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Arenas H, Leonher K. Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; informe de caso y revisión de literatura. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado el 8 de agosto de 2023];31(2):988–91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112015000200060&script=sci_arttext&tlng=en.
6. Silva C, Pagés G. Hiperémesis gravídica. Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2006 [citado el 8 de agosto de 2023];66(3):178–86. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300008.
7. Morales SSF, Orrego AMG, Barrantes LV. Manejo de la hiperémesis gravídica según gravedad clínica. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2021 [citado el 8 de agosto de 2023];6(7):9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8860400>.

Capítulo 11

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MIRIAM CASARES BENITO

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en España tras las enfermedades cardiovasculares. Este término se utiliza para determinar un conjunto de enfermedades donde las células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. La oncología es la especialidad médica que se encarga de estudiar y tratar las neoplasias; tumores benignos y malignos. Los tumores malignos afectan a todas las edades, con un máximo de frecuencia entre los 55 y 65 años.

Algunos tumores, como las leucemias agudas o tumores germinales, se presentan en niños y jóvenes, mientras que otros, como cáncer de próstata, páncreas y mieloma, son más típicos de edades avanzadas.

La enfermería oncológica, por tanto, tiene una serie de responsabilidades a la hora de atender al paciente y a su familia, entre estas responsabilidades se encuentran la de inculcar la idea de que el cáncer es una enfermedad crónica, con

brotos agudos, participar en los planes de prevención y detección precoz, valorar las necesidades asistenciales del paciente, planear las intervenciones necesarias con el paciente y su familia, planificar el plan de cuidados, ejecutar el plan asistencial y evaluar los objetivos alcanzados modificando aquellos que no se hayan conseguido.

Para poder abordar estas responsabilidades es necesario tener conocimientos en cuanto a la enfermedad de cáncer, su fisiopatología y mecanismos de prevención, algo imprescindible para que la participación de enfermería sea la adecuada a la hora de trabajar con el paciente oncológico.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo se centra en desarrollar y explicar los cuidados de enfermería más importantes en pacientes oncológicos, para de esta forma poder minimizar los efectos secundarios derivados del tratamiento.

3 Metodología

Este capítulo se ha redactado tras realizar una revisión bibliográfica sobre la valoración y cuidados de enfermería en el paciente oncológico. Esta revisión bibliográfica se ha realizado en buscadores como Google académico y bases de datos como Pubmed y Dialnet.

Para que la búsqueda fuese más precisa he empleado palabras clave como: paciente oncológico, cuidados, enfermería y efectos secundarios.

4 Resultados

Enfermería tiene un papel fundamental con el paciente oncológico, ya que la mayor parte de los efectos secundarios pueden ser minimizados o disminuidos, adoptando una serie de medidas antes, durante y después de la aplicación del tratamiento quimioterápico y/o radioterápico.

Enfermería debe proporcionar una serie de cuidados para poder facilitar la vida del paciente y minimizar los efectos secundarios derivados de los tratamientos oncológicos. A continuación se exponen estos cuidados:

Cuidados en el paciente aislado: Lavado de manos o la utilización de antisépticos en solución alcohólica, uso de mascarillas FFP3, sellado de puertas y ventanas

de todas las habitaciones, evitar en la medida de lo posible la ingesta de crudos, mariscos y embutidos, cuidados de la vía central cada 48 h y realizar el balance hídrico y control de peso cada 24 h.

Cuidados en el aparato digestivo: Los efectos secundarios más típicos suelen ser las náuseas y los vómitos. Entre los medicamentos que ayudan a disminuir estos síntomas se encuentran los bloqueantes de la serotonina, bloqueantes dopaminérgicos como la metoclopramida, las fenotiazinas, sedantes, esteroides e histaminas, solos o combinados.

También pueden aparecer estomatitis, anorexia y mucositis que puede acabar en diarrea; los quimioterápicos que más diarrea producen son el 5- FluoroUracilo y el Irinotecan.

Otro problema es el estreñimiento, pudiendo llegar a producir obstrucción intestinal, hemorroides y fisuras anales. Los alcaloides de la Vinca son los que suelen producir estreñimiento.

Estos pacientes también pueden referir xerostomía, disfagia y disgeusia (alteraciones en el gusto), manifestando un “sabor metálico” tras la ingesta de alimentos ricos en proteínas.

En estos pacientes es importante extremar la higiene bucal; utilizar cubiertos de plástico, masticar chicle con menta, caramelos sin azúcar y evitar las carnes rojas sustituyéndolas por pollo o pavo. Se recomienda aderezar las comidas con salsas dulces o agrias, utilizando hierbas, especias, azúcar o limón.

Los alimentos fríos son mejor tolerados que los calientes y se recomienda tomarlos a temperatura ambiente. Se debe aumentar la ingesta hídrica, evitar fumar y los malos olores.

Alopecia: Puede comenzar a los 7- 10 días tras haber iniciado el tratamiento y es más evidente a los dos meses aproximadamente. También se puede acompañar de dolor en el cuero cabelludo.

El cabello vuelve a crecer tras finalizar el tratamiento, pero puede crecer con diferente textura o color.

Es recomendable dormir con almohadas blandas y fundas suaves, utilizar peines anchos y champús muy suaves. Es importante evitar permanentes, tintes, rulos y cualquier agente abrasivo.

Hemorragias: Es importante evitar cualquier actividad física en la que se pueda

sufrir contusiones o heridas, no exponerse a altas temperaturas, utilizar medidas de protección ante cualquier instrumento cortante, vigilar la aparición de hematomas o manchas rojas en la piel, heces negras o rojas, o pequeñas hemorragias por la nariz o encías.

Cuidados de la piel: En pacientes que hayan sido sometidos a radioterapia hay que evitar las cremas que puedan contener metales pesados como el zinc, ya que puede producir un aumento de la dosis de radiación.

En general es necesario evitar jabones, cremas y desodorantes en la zona a radiar. También es importante evitar depilaciones, esparadrapos, usar ropa amplia de algodón o de hilo y evitar temperaturas y extremas y exposición al sol.

- Si existe eritema moderado o descamación seca, se recomiendan lavados con manzanilla e hidratación en la piel.
- Si existe eritema moderado severo, con descamación húmeda y edema moderado, se recomiendan lavados con clorhexidina diluida y el uso de corticoides.
- Si existe descamación húmeda confluyente y edema con fóvea, se recomienda lo mismo que en el caso anterior, añadiendo cultivos y tratamiento antibiótico y analgésico si procede.
- Si existe necrosis cutánea, ulceración dérmica y hemorragia no inducida por traumatismos, hay que aplicar un tratamiento especializado con cremas y geles desbridantes y exfoliantes y con ácido hialurónico. Valorar cirugía plástica si procede.

Dolor: La enfermera, además de necesitar cuál es la localización de dolor, valora factores que lo aumentan como el miedo, la angustia, la fatiga, la ira e incluso el aislamiento social del paciente. Son muy útiles las escalas cuantitativas de valoración del dolor, antes de aplicar cualquier cuidado para determinar mejor el tipo de analgesia y el efecto de la misma sobre el paciente.

Fatiga: Es frecuentemente un problema crónico en estos pacientes. Enfermería valora la sensación de agotamiento, debilidad, falta de energía e incapacidad para realizar los autocuidados. A veces la fatiga se presenta añadida a otros signos, como dolor, disnea, diarrea, náuseas, vómitos, etc.

Cuidados de las vías centrales: Los catéteres tipo Hickman o Portacath son de elección en quimioterapias agresivas o prolongadas, ya que son más cómodos y seguros. Es importante que el equipo de enfermería tenga los conocimientos adecuados sobre el manejo y funcionamiento de estos dispositivos.

Estado psicológico: tanto el paciente diagnosticado de cáncer como su familia se enfrentan a una enfermedad que puede ser mortal y cuyos tratamientos, en cualquier caso, son muy agresivos y con efectos secundarios muy graves. La enfermera valora el estado de ánimo del enfermo y sus reacciones, comparándolos con la gravedad de su diagnóstico y pronóstico, detectando si es necesario el apoyo de un psicólogo y/o trabajador social.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de trabajar con pacientes oncológicos, la enfermera debe de prestar sus servicios profesionales y competencias tanto al paciente como a su familia, desde la aparición de la enfermedad hasta los cuidados del paciente en su etapa terminal, en caso de ser necesario.

Para que esto sea posible, es necesario que la enfermera oncológica haya adquirido unos conocimientos previamente y así poder desarrollar sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación.

El enfermo oncológico necesita unos cuidados continuos y una atención integral. Para que esto sea posible es necesario atender todas las fases de la enfermedad y aplicar unos cuidados continuos a lo largo de las diferentes etapas por las que pasa el enfermo, intentando minimizar de esta forma los efectos secundarios de estos tratamientos y proporcionando unos cuidados que faciliten la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Eu Marcela DF, Eu Sylvia GN, Eu Juan Carlos LC, Eu Aracely TM. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2013;24(4):694–704. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098>.
2. Valentín V, Murillo MT, Valentín M, Royo y. D. CUIDADOS CONTINUOS. UNA NECESIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO [Internet]. Seom.org. 2004 [citado el 10 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo11.pdf.
3. de la Torre Gálvez I. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. Editorial Vértice; 2008.

4. Revista Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería: Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos [Internet]. Enfermería21. [citado el 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>.
5. Montero A, Hervás A, Morera R, Sancho S, Córdoba S, Corona JA, et al. Control de síntomas crónicos: Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. Oncol (Barc) [Internet]. 2005 [citado el 10 de agosto de 2023];28(3):41–50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0378-48352005000300008&script=sci_arttext.

Capítulo 12

OSTOMÍAS INTESTINALES. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MIRIAM CASARES BENITO

MARIA ÁNGELES RAFAEL DE LA CRUZ LÓPEZ

TAMARA PALOMINO MARTIN

ALEJANDRO FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA DIAZ LOPEZ

1 Introducción

Se conoce por ostomía cualquier procedimiento o intervención mediante el cual se realiza un orificio en la superficie externa al que se le llama estoma. Dicho estoma puede ser temporal o permanente y su finalidad puede ser digestiva, espiratoria o excretora.

Dentro de las ostomías digestivas podemos encontrar estomas como el de la gastrostomía, cuya creación quirúrgica va a permitir la administración de alimentos y líquidos al estómago directamente, eliminando casi completamente el riesgo de aspiración en pacientes que presentan un nivel de conciencia bajo o pérdida de la capacidad de deglutir.

También existen estomas digestivos cuyo objetivo va a ser el permitir el drenaje de materia fecal. Dentro de estos se encuentran las ileostomías y las colostomías. La elección de la localización del estoma debe hacerse con el paciente sentado y en bipedestación, al fin de evitar pliegues cutáneos, cicatrices, prominencias

óseas y abdómenes péndulos.

Esta fase es de gran importancia, ya que una ubicación correcta facilitará el autocuidado, disminuyendo las posibles complicaciones de la colostomía y de la piel circundante, favoreciendo la adaptación de los dispositivos y la confortabilidad del paciente y su aceptación de la ostomía.

Las colostomías pueden presentar una serie de complicaciones en el postoperatorio inmediato o bien tardías, debidas a varios factores, unos atribuibles al paciente, otros a la técnica quirúrgica y otros debidos a complicaciones postoperatorias.

2 Objetivos

- Definir los diferentes tipos de ostomías intestinales.
- Conocer las complicaciones de las ostomías intestinales.
- Establecer los cuidados de enfermería en las ostomías intestinales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de recopilar documentos relacionados con el tema de interés.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en bases de datos como Pubmed o Dialnet además de buscadores como Google académico.

Las palabras clave utilizadas han sido: Ostomías, enfermería, paciente ostomizado, cuidados y complicaciones.

Finalmente, se han seleccionado los artículos de mayor interés para así poder redactar los resultados del capítulo.

4 Resultados

Una ileostomía consiste en la exteriorización del íleon y una colostomía del colon. Cuanto más proximal sea el estoma, más líquido y de mayor acción irritante será el contenido que evacue. Así, los cuidados irán en función del tipo de ostomía.

La colostomía descendente terminal es la más frecuente, y se realiza a través del músculo recto anterior del abdomen, para evitar las complicaciones que luego veremos y se fija a la pared abdominal.

La colostomía transversa de descarga se suele hacer en el cuadrante superior derecho del abdomen, se hace una incisión horizontal, se extrae el colon transversal a

través de la incisión y se abre longitudinalmente, colocando una varilla de plástico en la cara posterior del asa, para luego fijar los bordes a la piel.

La localización del estoma debe hacerse a través del músculo recto anterior del abdomen para evitar las hernias paraestomales, el prolapso y la colostomía extraperitoneal. En el lugar elegido se extirpa un círculo de piel de 2-3 cm de diámetro. Se hace un orificio a través de la pared abdominal por el que deben pasar al menos dos dedos sin dificultad. Una vez extraído el colon, se deben dejar como mínimo 2 cm de colon sobre el nivel de la piel.

En todo momento debe vigilarse la irrigación del colon, comprobando que presente buen color, y no debe someterse nunca a tracción o presión.

Las complicaciones que pueden presentar las colostomías son las siguientes:

Necrosis: Secundaria a un compromiso vascular del asa, bien por compresión o porque el asa soporte excesiva tensión. Puede ser precisa una exploración quirúrgica y practicar una nueva colostomía.

Retracción de la colostomía: generalmente debida a su necrosis, o por haber quedado sometida a tracción, por lo que al cicatrizar la colostomía queda umbilicada.

Infección y celulitis del tejido subcutáneo que rodea la colostomía por acúmulo de gérmenes entre el colon y la pared cutánea. Esta complicación suele presentarse en los primeros días del postoperatorio, y su tratamiento consiste en el drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico.

Fístulas: ocasionadas tras la necrosis por la colección del material desvitalizado, o bien por reacción inflamación tipo cuerpo extraño a materiales de sutura. Si la fístula es superficial, puede ser suficiente tratamiento su puesta a nivel plano, pero si es profunda o afecta a gran parte de la pared, puede ser necesario realizar una nueva colostomía.

Estenosis: por lo general debido a procesos infecciosos o inflamatorios previos, que pueden ocasionar estenosis de la serosa y granulaciones de la piel.

Hernia paraestomal: como hemos dicho anterioridad, debida a la debilidad de la pared muscular o a la situación de la colostomía. Si es pequeña no tendremos que hacer nada, únicamente vigilancia estrecha para valorar su evolución. Si la hernia es grande, se reparará con una prótesis o bien reconstruyendo la colostomía.

Prolapso del asa de colon por la colostomía: si es menor de 5 cm y no resulta molesto, no se debe hacer nada, pero si es mayor puede ser preciso reseca la zona prolapsada.

Ulceraciones y reacciones cutáneas: por infección de la piel o bien por contacto de la misma con el contenido intestinal. También cabe la posibilidad de que existan reacciones alérgicas a los adhesivos de las bolsas de colostomía. Una irritación cutánea se puede producir por filtraciones fecales; estas aparecen a veces por la dificultad en la adaptación del dispositivo, debido a complicaciones del estoma, por su ubicación incorrecta o cuidados no adecuados.

Los cuidados de enfermería en el preoperatorio son los siguientes:

- Adecuar el estado nutritivo del paciente, si es preciso aportando dietas con alto contenido calórico y bajas en residuos.
- Administración de tratamiento para prevenir o tratar infecciones.
- Mantener una adecuada hidratación.
- Administrar laxantes y enemas de limpieza.
- Sondaje nasogástrico.
- Sondaje vesical.
- Ayudar en la preparación psicológica del paciente, pudiendo ponerle en contacto con otros pacientes a los que se le haya practicado una ostomía. Explicar tanto al paciente como a su familia, los cuidados necesarios una vez practicada la intervención, así como ir familiarizándose con los diferentes dispositivos que existen.

Cuidados de enfermería en el postoperatorio:

- Control regular de constantes.
- Aplicar los cuidados a la sonda nasogástrica y vesical.
- Administración de tratamiento antibiótico y analgésico.
- Control del estoma para detectar precozmente signos de isquemia, retracción o prolapso del mismo. Así mismo, valoraremos el color del estoma, que debe ser rosa fuerte o rojizo; si se aprecia un color blanquecino o un rojo intenso, es posible que exista un obstáculo en el aporte sanguíneo del estoma.
- Inspección de la piel para buscar signos de irritación.
- Lavado del estoma con agua tibia y jabón neutro, secándose a continuación de forma suave pero exhaustiva.
- Realizar irrigaciones de la colostomía, si es preciso.
- Elegir el sistema colector más adecuado. En las primeras semanas, el estoma suele ir reduciendo su tamaño a medida que va disminuyendo la inflamación,

por lo que tendremos que medirlo frecuentemente, hasta que alcance su tamaño definitivo.

- Observar las características del material excretado. Las heces serán blandas en colostomías sigmoideas y más líquidas en colostomías ascendentes.
- Evaluar la presencia de complicaciones.
- Realizar pequeñas dilataciones del estoma con el 5° dedo de forma periódica.
- Evitar que la bolsa colectora esté muy llena de contenido, para evitar que se desprenda.
- Cambiar la bolsa siempre desde la parte más alta, para evitar que se derrame el contenido.
- Aportar al paciente y familia todo el apoyo que necesite.
- Explicar al paciente y su entorno todos aquellos cuidados que precisará, una vez haya abandonado el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que se brinden las herramientas y tecnologías necesarias para los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente ostomizado, se deberá de establecer un plan de cuidados de enfermería en manejo de ostomías y de esta forma se podrá realizar un abordaje integral desde el preoperatorio hasta el propio autocuidado del paciente.

También es importante establecer un programa educativo de formación y asesoramiento al paciente y familiares que permita mejorar la capacidad de afrontamiento de la nueva realidad.

El paciente ostomizado debe de recibir unos cuidados profesionales, adaptados a sus necesidades, y el profesional de enfermería debe de desarrollar su trabajo desde la empatía y profesionalidad.

Se ha demostrado que los pacientes que no reciben atención por profesionales formados en la materia, son más dependientes y pueden presentar ansiedad o sentirse deprimidos por no tener un buen control de la situación, por eso es muy importante la formación de enfermería en este ámbito para de esta forma poder proporcionar la seguridad y conocimientos que necesita el paciente.

6 Bibliografía

1. Zarate A. Ostomías [Internet]. Medfinis.cl. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf>.
2. Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, Moreno-Casbas MT, Obarrio-Fernández S, Lorente-Granados G, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. *Enferm Clin* [Internet]. 2020;30(3):176–84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119305248>.
3. De F, De C, Salud LA. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO [Internet]. Edu.pe. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5822/TESIS-%20CUSI%20-%20MAMANI-%20FCS-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Álvarez AV. 4. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma [Internet]. Npunto.es. [citado el 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6218a7195fdcfart4.pdf>.
5. del Río NG, Castro NM, Delgado CC, Rodríguez AMF, Clemente MJH, Fernández YG. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *Ene* [Internet]. 2013 [citado el 14 de agosto de 2023];7(3). Disponible en: http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18.

Capítulo 13

RECOGIDA DE HEMOCULTIVOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

1 Introducción

La sepsis es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. Los hemocultivos son una herramienta importante para la identificación de microorganismos en la sangre de pacientes con sospecha de infección, lo que permite un diagnóstico más preciso y un tratamiento más eficaz. La recogida de hemocultivos debe realizarse de manera aséptica y precisa para evitar la contaminación y garantizar la calidad de los resultados. La capacitación adecuada del personal de salud y la técnica de recogida estandarizada son factores críticos para mejorar la calidad de los hemocultivos en pacientes con sospecha de infección en urgencias hospitalarias. Además, son esenciales para guiar el tratamiento adecuado y evitar el uso innecesario de antibióticos.

El proceso de recogida de hemocultivos, aunque parece simple, es crítico y requiere atención al detalle para garantizar la precisión y la confiabilidad de los resultados. Un hemocultivo mal recolectado puede llevar a resultados falsos, ya sea por contaminación del espécimen o por técnicas de recolección inadecuadas. En las urgencias hospitalarias, donde el tiempo y la precisión son esenciales, la enfermería desempeña un papel crucial. Son responsables de seguir estrictos protocolos de recolección para garantizar que las muestras de sangre estén libres de contaminación, recolectadas en el volumen correcto y en el momento adecuado. Aseguran también la correcta manipulación y almacenamiento de las muestras antes de su análisis en el laboratorio.

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la recogida de hemocultivos en urgencias hospitalarias y, por lo tanto, es importante examinar la literatura disponible sobre la técnica de recogida de hemocultivos. En esta revisión bibliográfica, se han examinado los estudios más recientes sobre la recogida de hemocultivos en pacientes con sospecha de infección en urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Determinar la necesidad de una formación de calidad del personal de enfermería.
- Exponer la importancia de una correcta recogida de hemocultivos en el servicio de urgencias.
- Conocer la importancia de la implementación de protocolos estandarizados.

3 Metodología

La metodología utilizada en esta revisión bibliográfica consistió en la búsqueda de estudios relevantes en las bases de datos de Scielo y PubMed. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: “hemocultivos”, “técnicas de recogida de hemocultivos”, “urgencias hospitalarias”, “personal de enfermería” y “contaminación”. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios relevantes. Los criterios de inclusión fueron estudios publicados en los últimos diez años que examinaron la técnica de recogida de hemocultivos en pacientes con sospecha de infección en urgencias hospitalarias por el personal de enfermería. Los criterios de exclusión fueron estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión y estudios que se enfocaron en la técnica de recogida de hemocultivos en otros entornos, como la unidad de cuidados intensivos o la atención primaria.

4 Resultados

En general, los resultados indicaron que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental y efectivo en la recogida de hemocultivos en las urgencias hospitalarias. Se encontró que los enfermeros capacitados correctamente lograron una alta tasa de éxito en la obtención de muestras de calidad para el cultivo.

La gran mayoría de estudios revisados demostraron que la educación y la capacitación del personal de enfermería son esenciales para mejorar la calidad de los hemocultivos y reducir las tasas de contaminación.

Además, se identificó que enfoques agrupados, educación y retroalimentación, equipo y técnica, y participación de las partes interesadas son estrategias que mejoran las tasas de hemocultivos en las urgencias hospitalarias.

Mediante la implementación de un programa de mejora de la calidad, que incluyó una nueva política de recogida de hemocultivos, la educación del personal de enfermería y la introducción de una sesión de retroalimentación mensual, se demostró una reducción significativa en las tasas de contaminación de hemocultivos, de 3.3 % a 0.7 %. También hubo una mejora en la calidad de los hemocultivos recogidos, con una reducción en la proporción de hemocultivos inadecuados.

En cuanto a la precisión de la recogida de muestras, se observó que si el personal de enfermería seguía correctamente los procedimientos establecidos para la recogida estéril de hemocultivos, se contribuía a reducir la contaminación de las muestras y aumentar la probabilidad de obtener resultados precisos.

En términos de resultados clínicos, varios estudios examinaron el impacto de la participación del personal de enfermería en la recogida de hemocultivos en la detección temprana de infecciones graves y en la administración de tratamientos adecuados. Los resultados demostraron que la implicación activa de los enfermeros en esta tarea condujo a una identificación más rápida de los patógenos causantes de la infección y a un inicio temprano del tratamiento antimicrobiano adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Se resalta que el papel de enfermería en la recogida de hemocultivos en las urgencias hospitalarias es crucial en este proceso. Su papel no solo implica la recogida de muestras, sino también el aseguramiento de la calidad de estas, minimizando la contaminación y maximizando la efectividad del diagnóstico.

Podría enfatizarse que las enfermeras son una parte integral de la cadena de diagnóstico y su formación y competencia tiene un impacto directo en los resultados

de los pacientes. En este sentido, podría destacarse la necesidad de seguir desarrollando y aplicando protocolos y formación estandarizados para la recogida de hemocultivos.

También podría concluirse que la colaboración entre las enfermeras y el resto del equipo de atención médica es esencial para el diagnóstico y tratamiento oportunos de las infecciones. La revisión podría subrayar la necesidad de más investigación en esta área, particularmente en relación con el desarrollo de técnicas de recogida de muestras y la formación en prácticas de recogida de hemocultivos.

Finalmente, se podría señalar que la atención centrada en el paciente debe seguir siendo una prioridad, con las enfermeras desempeñando un papel vital en el aseguramiento de un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo para los pacientes en el entorno de urgencias.

6 Bibliografía

1. Freund Y, Ortega M. Sepsis y predicción de la mortalidad hospitalaria [Sepsis and prediction of in-hospital mortality]. *Emergencias*. 2017 Abr;29(2):79-80. Spanish. PMID: 28825247.
2. Julián-Jiménez A, Rubio-Díaz R. Blood cultures in the emergency department: Can we predict cases of bacteremia? *Emergencias*. 2019 Dic;31(6):375-376. Spanish, English. PMID: 31777207.
3. Dargère S, Cormier H, Verdon R. Contaminants in blood cultures: importance, implications, interpretation and prevention. *Clin Microbiol Infect*. 2018;24(9):964-969. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.03.030
4. Chang CJ, Wu CJ, Hsu HC, Wu CH, Shih FY, Wang SW, et al. Factors associated with blood culture contamination in the Emergency Department: critical illness, end-stage renal disease, and old age. *PLoS One* [Internet]. 2015
5. Zadroga R, Williams DN, Gottschall R, Hanson K, Nordberg V, Deike M, Kuskowski M, Carlson L, Nicolau DP, Sutherland C, Hansen GT. Comparison of 2 blood culture media shows significant differences in bacterial recovery for patients on antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis*. 2013 Mar;56(6):790-7. doi: 10.1093/cid/cis1021. Epub 2012 Dec 7. PMID: 23223586.
6. Bool M, Barton MJ, Zimmerman PA. Blood culture contamination in the emergency department: An integrative review of strategies to prevent blood culture contamination. *Australas Emerg Care*. 2020 Sep;23(3):157-165. doi: 10.1016/j.auec.2020.02.004. Epub 2020 Apr 3. PMID: 3225313

Capítulo 14

ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON PRUEBA TAC CON CONTRASTE

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

1 Introducción

Dado que incluye las áreas de diagnóstico, tratamiento y posible curación futura, los servicios de radiodiagnóstico en los hospitales se encuentran entre los más cruciales en todos los sentidos para la vida de los pacientes nuestros. El servicio cuenta con un importante equipo multidisciplinar de técnicos, auxiliares, radiólogos y, lo que nos interesa especialmente en el momento de realizar esta revisión, la función de enfermería en este servicio. El personal de enfermería cuida y sigue al paciente a todas partes. Se encarga de planificar y aclarar las dudas que pueda tener el paciente antes, durante y después de la prueba hospitalaria, así como estar con ellos todo el tiempo y asegurarse de que saben lo que van a hacer y han firmado todo su consentimiento. Es responsable de determinar y administrar la dosis adecuada del contraste a administrar al paciente, así como de monitorear mientras se aplica, ya que puede tener un impacto y causar unas reacciones desfavorables en el momento de la administración. A continuación se encontrará

una lista de los medios de contraste más típicos que puede utilizar la enfermera en los diferentes procedimientos de radiodiagnóstico que se pueden realizar en la habitación del hospital destinada a este uso.

2 Objetivos

-Describir por parte del personal de enfermería los contrastes más habituales utilizados en el servicio de radiodiagnóstico de los centros hospitalarios.

3 Metodología

A través de la búsqueda bibliográfica de diversas publicaciones y artículos utilizando datos de diversas bases de datos como Google Scholar, Scielo y PubMed, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica ya publicada. Enfermería, contraste y radiodiagnóstico son palabras clave.

4 Resultados

Se pueden encontrar diversas pruebas cuando el paciente llega al servicio de radiodiagnóstico.

- TC (tomografía axial computarizada): este tipo de estudio generalmente requiere contraste intravenoso, generalmente contraste que ya se ha administrado; al administrarlo, debe asegurarse de que el paciente no sea alérgico a este tipo de contraste, determinar la dosis precisa y asegurarse de que la vía del paciente sea segura y permeable, ya que si la vía no está en perfectas condiciones pueden producirse extravasaciones. El personal de enfermería debe conocer la función renal del paciente en relación con este tipo de contraste, puesto que es fundamental a la hora de retirarlo. También deben tener en cuenta la diabetes del paciente porque afectará el tiempo que se tarde en retirar el contraste. Es crucial explicar completamente el proceso al paciente y qué debe tener en cuenta a medida que se administra el contraste para que sepa qué es y qué no es normal. Además, los contrastes de sulfato de bario, que se pueden administrar por vía oral o rectal, se pueden usar en tomografías computarizadas. Estos contrastes se usan típicamente para exploraciones del área abdominal. Dar al paciente este tipo de bebida de contraste es responsabilidad de enfermería.
- IRM (imágenes por resonancia magnética): el principal material de contraste intravenoso utilizado en la IRM suele ser el gadolinio. En este caso, además de

verificar lo anterior y brindar retroalimentación en la tomografía computarizada, también debemos asegurarnos de que el paciente no lleve ningún objeto metálico porque la resonancia actúa como un poderoso imán y estos objetos pueden ser atraídos y causar interferencia en las fotos que se tomaron. La enfermera debe explicar al paciente que debe permanecer inmóvil durante todo el estudio.

- Urografía: El material de contraste utilizado en esta prueba intravenosa suele ser yodo. La enfermera debe prestar mucha atención a todo lo mencionado en las pruebas anteriores y también debe explicar cómo deshacerse del contraste, que normalmente se hace bebiendo mucha agua en las horas posteriores a la prueba.
- Pruebas de imagen mamaria, como mamografías, ecografías y punciones. El principal medio de contraste que se utiliza para ayudar en el diagnóstico suele ser el yodo.
- El yodo también se emplea como contraste durante la histerosal-pingografía. Asegúrese de que la paciente no esté embarazada antes de administrar los cuidados de enfermería.
- TEGD: tránsito esofago-gastroduodenal: la prueba se realiza mediante contrastes orales de bario, cuando el médico se lo indique, el paciente deberá consumir el contraste durante la prueba.
- Enema opaco: el bario también se aplica con frecuencia por vía rectal. Dado que las posiciones del paciente deben cambiar con frecuencia, el personal de enfermería debe estar atento a ellas.

5 Discusión-Conclusión

El paciente necesita estar completamente informado de la prueba que se le realizará. Si tiene alguna duda, consulte a su médico o, en su defecto, a las enfermeras que estarán a su lado durante el procedimiento siempre.

Dado que el formulario de consentimiento informado es el registro oficial del consentimiento del paciente para la prueba, debe estar firmado y no puede darse simplemente verbalmente. La enfermera debe brindarle al paciente su asistencia y apoyo antes, durante y después del procedimiento porque, en la mayoría de los casos, el paciente está extremadamente ansioso y necesita que alguien lo ayude a relajarse y así la prueba es más llevadera al calmar esos nervios.

Dado que todo esto afecta a la correcta ejecución de las pruebas, el personal de enfermería no solo se encarga de configurar el contraste como tal, sino también de asistir al paciente en todos los ámbitos.

6 Bibliografía

- <http://www.enfervalencia.>
- www.scielo.org

Capítulo 15

PACIENTES EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARIA DEL VALLE ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL ALAÑÓN ACEVEDO

ANA ISABEL MUÑOZ LLANOS

CELIA VELÁZQUEZ GARCÍA

MARIA LEON HERVAS

1 Introducción

Desde el año 2000, cuando teníamos una tasa del 9,78 por ciento y una tasa de fecundidad del 1,21, la natalidad en España ha ido en descenso. En el año 2019 rondaba los 7,62, y la tasa de fecundidad (promedio de hijos por mujer) estaba en 1,24. Esto está relacionado con la mejora de las técnicas de reproducción asistida debido a la tasa de esterilidad del 15-20% en España. El deseo de formar una familia más adelante en la vida, la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral y el aumento de la actividad sexual sin protección, todo lo cual aumenta el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), están asociados con esta esterilidad. Se cree que alrededor de 600.000 parejas experimentan problemas de infertilidad, y una de cada 1.000 de estas parejas requerirá tratamiento

para convertirse en padres. Los métodos más populares en este momento, aunque no son los únicos, son:

- Fertilización artificial.
- Fertilización in vitro.

Estas técnicas requieren una configuración y un mantenimiento diferentes para cada una. Además, tiene tasas de embarazo que varían desde el 12 por ciento para la inseminación hasta el 32 por ciento para la fertilización, todos los cuales están significativamente influenciados por la edad de los pacientes, así como por la calidad de su semen. Cada pareja que inicia un ciclo de reproducción asistida implica un proceso prolongado y es fundamental que cuenten con información veraz a su disposición, así como contar con profesionales cerca para resolver cualquier duda que puedan tener y asistirlos durante todo el proceso.

Estudios recientes están analizando el hecho de que muchas parejas abandonen el tratamiento por la tensión emocional que les provoca. Por ello, se debe poner énfasis en evaluar el estado emocional y psicológico de las pacientes que reciben tratamientos reproductivos.

2 Objetivos

- Conocer el valor de brindar a las parejas que reciben tratamientos de fertilidad, apoyo y educación de primer nivel sobre su salud.
- Describir el trabajo de enfermería implicado en el proceso.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica que ya ha sido publicada. Para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas revisadas, se han consultado artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline, Scielo y Google Scholar.

4 Resultados

Hablaremos sobre la educación que imparte el equipo de enfermería ante las parejas o no parejas que quieren llevar el proceso de fertilidad para poder quedar embarazada por parte del equipo de enfermería. Para las parejas que visitan los centros de reproducción asistida porque no pueden concebir un hijo, comienza

un proceso prolongado y desafiante. Suelen llegar abrumados porque llevan mucho tiempo intentándolo y con frecuencia se combina el factor edad y el estrés emocional que experimentan debido a su infertilidad. Debido al hecho de que las pacientes están frecuentemente ansiosas y bloqueadas, el papel de enfermería en la aclaración y resolución de dudas es crucial.

Se sugiere un curso de acción a la luz de los hallazgos del análisis una vez que se conocen los resultados. Tanto los ciclos de inseminación artificial como los de fertilización in vitro requieren el consentimiento informado y requieren que las parejas se sometan a la preparación de esto.

Si surge alguna duda después de hablar con el ginecólogo, se indican y explican los medicamentos prescritos. Toman determinados fármacos u otros según el tratamiento, pero sólo uno de los dos. Tendrán que aprender a inyectar sus medicamentos de inserción subcutánea porque tendrán que administrarlos en casa.

Lo más importante es enseñarles a pinchar los bolígrafos para que no tengan dudas en casa y las puedan resolver fácilmente si las tienen.

También necesitaremos explicar los gráficos que usaremos para realizar un seguimiento de los ciclos, las revisiones que deberán obtener mientras pasan por uno, cuándo comenzarán un ciclo, cuándo realizarán un embarazo de prueba, y qué hacer si su prueba es negativa o positiva.

Todas estas cuestiones deben ser aclaradas en las consultas de enfermería, incluso si es posible mantener una vida sexual activa mientras se recibe el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la infertilidad es un tema que está muy de actualidad y ha crecido significativamente en los últimos años. La edad es un factor fundamental que tiene el mayor potencial para afectar la esterilidad, según el análisis de los datos de las diversas bases de datos. Otro punto crucial a destacar es el estrés que experimentan las parejas que se enfrentan a problemas de infertilidad. La enfermería juega un papel crucial en la educación para la salud de las parejas al ser un amigo cercano y demostrar una gran empatía hacia ellos para que puedan disminuir su estrés y tener ciclos satisfactorios sin tener que ser suspendidos por no recibir la educación sanitaria adecuada.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 16

A INSERCIÓN DEL OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

1 Introducción

El ECMO u oxigenador de membrana extracorpórea es un sistema que proporciona soporte pulmonar y cardíaco en pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca, durante un periodo de días o semanas.

En caso de soporte pulmonar se utiliza como mecanismo para una recuperación del paciente o cuando este esté esperando a un trasplante pulmonar.

En caso de soporte cardíaco se utiliza como asistente previo cuando el paciente está esperando por un trasplante cardíaco o inserción de un dispositivo de asistencia ventricular, así como cuando se espera una recuperación.

La implantación de un ECMO en un paciente es bastante común en los servicios de cuidados intensivos (UCI) y presenta algunas complicaciones como fallos en

el aparato, la posible ruptura, acodamiento o deterioro de las tubuladuras del oxigenador, la decanulación de la cánula que conecta al paciente, salida de sangre por la tubuladura venosa, entradas de aire en el circuito, la desconexión de la llave de tres pasos que se coloca en el circuito, etc.

Por todo ello lleva una serie de cuidados específicos que debemos conocer y realizar como personal de enfermería y que vamos a ver en mayor detalle a continuación, de tal forma que evitemos cualquier riesgo sobre el individuo, trabajando con la mayor calidad profesional posible.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería asociados a un paciente con un dispositivo ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario, reduciendo los problemas y riesgos para el paciente asociados a su utilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El personal de enfermería colabora con el personal médico en la colocación del ECMO y también se encarga de realizar los cuidados diarios asociados al mismo. Entre los cuidados asociados al ECMO encontramos:

- Los pacientes con ECMO tienen una elevada inestabilidad hemodinámica y por ello deben monitorizarse mediante un catéter arterial con determinación de gasto cardiaco.
- Es necesario realizar una doble monitorización de la saturación de oxígeno del paciente: una en la parte media-alta del paciente y la otra en la parte media-baja (frente y extremidades)
- Es necesario realizar un control gasómetro o del paciente cada 8 horas.

- Hay que corregir las deficiencias nutricionales ocasionadas por el uso del ECMO utilizando nutrición enteral o nutrición mixta (enteral y parenteral) según las necesidades del paciente.
- Es necesario controlar los niveles de glucemia, y si hay niveles superiores a 160mg/dl en varias tomas puede ser necesario iniciar con insulina intravenosa hasta reducirse a parámetros normales.
- Es necesario realizar los cuidados de piel y mucosas, haciendo hincapié en las zonas que están en contacto con cánulas arteriales o venosas, así como colocación de barreras de protección cutánea, hidratación de la piel, alivio de puntos de presión etc.
- Durante la movilización del paciente extremar las precauciones para evitar la decanulación del paciente.
- Prevenir infecciones nosocomiales asociadas al ECMO.
- Valoración del dolor, como parte de la valoración neurológica del paciente mediante la escala EVA y EVN cada 4 horas.
- Vigilar de forma diaria el correcto funcionamiento del oxigenador y las tubuladuras.
- Preparar a los familiares, informarlos y familiarizarlos con el dispositivo, para disminuir su preocupación al visitar al paciente, ofreciendo un clima seguro, con comunicación y confianza.
- Realizar cultivos de vigilancia, solicitando marcadores de infección de forma pautada.
- Vigilar la temperatura del paciente, para evitar casos de hipotermia.
- Llevar un estricto control de ACT y una adecuada pauta con anticoagulantes y analíticas rutinarias para evitar/detectar posibles hemorragias.
- En estos pacientes es bastante común complicaciones como taponamiento cardíaco, neumotórax y hemotórax, si se detectan señales de aparición, hay que avisar al médico responsable para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.
- Realizar las curas pertinentes en el lugar de inserción del catéter de forma rutinaria.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos realizado un repaso acerca de la utilización del ECMO en las unidades de cuidados intensivos de un centro hospitalario. Hemos visto en qué casos puede ser necesario su uso y también los cuidados asociados.

Cabe destacar la importancia de evitar la decanulación del paciente durante el aseo y la movilización del mismo, así como también la necesidad de controlar los catéteres, por lo que debemos de estar siempre presentes durante la realización de estas tareas, colaborando con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador.

Es importante también la verificación del correcto estado nutricional del individuo y el cuidado de la piel y mucosas.

6 Bibliografía

1. <https://www.medintensiva.org/es-empleo-ecmoucirecomendacionessociedad-articulo-S0210569118302845>.
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Oxigenaci%C3%B3n_por_membrana_extracorp%C3%B3rea.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ecmo/about/pac-20484615>.
4. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc182074>.
5. <https://www.ucihealth.org/medical-services/cardiology/ecmo>.

Capítulo 17

URGENCIA PEDIÁTRICA POR APENDICITIS Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

1 Introducción

La apendicitis se toma como causa más común de intervención quirúrgica de abdomen y de patología en la infancia y en el adolescente en nuestro país que ocurre en el niño sano.

Tiene una incidencia creciente de forma progresiva de acuerdo al grupo etario, desde el neonato al adolescente, obteniendo el pico máximo alrededor de los 15 años, se obtiene un riesgo familiar importante con algunas condiciones paradójicas, los niños con Síndrome de Down apenas tienen incidencia en las tablas de ocurrencia de apendicitis.

Se produce una inflamación del apéndice con resultado de una obstrucción de la luz de este conducto ciego, bien por materia fecal que se compacta, por hiperplasia, por objeto extraño o por una gran causa variada de complicaciones que pueden ocurrir.

El mayor peligro que concurre esta causa es la provocación de la salida al exterior del material que contiene el apéndice y produzca una sepsis generalizada que pueda producir en casos extremos si no se es operado el paciente de urgencia o no se procede en tiempo y forma con el fallecimiento del paciente o con consecuencias extremas que pueda acarrear consecuencias de secuelas difíciles de resolver.

En nuestro país la mortalidad por esta causa ronda la nulidad.

2 Objetivos

Describir e indicar un caso clínico para exponer el diagnóstico de una apendicitis de un paciente pediátrico y como procede el equipo de enfermería ante ello

3 Caso clínico

Virginia es una niña que tiene 12 años, se encuentra en el instituto cursando primero de la ESO, se ha avisado a su madre, con la cual vive, por encontrarse repentinamente mal desde media mañana, su madre se encuentra trabajando a dos horas del instituto por lo que ante los vómitos y fiebre que cursa la menor, se decide trasladarla al hospital más cercano, se queja de dolor de barriga intermitente, se la realiza una analítica en la que se encuentra una eosinofilia bastante alta, y tiene reflejo en el abdomen haciendo una valoración en la exploración inicial de posible apendicitis. En las pruebas de imagen de placa inicial se aprecia una masa a nivel de ciego que ha invadido la parte adyacente por lo que se realiza una resonancia magnética para ver de manera más exacta con imágenes cuál es el alcance de las lesiones producidas, tras valorar por el cirujano y el pediatra, se decide una intervención de urgencia para la extracción del apéndice y la limpieza de la zona subyacente con éxito, tras la operación permanece en la zona de reanimación junto a su madre el tiempo de protocolo requerido pasando a la planta de pediatría donde por recomendación del cirujano deberá permanecer ingresada una media de 8 días para controlar la eosinofilia y valorar la incisión de la operación que le ha sido practicada. Siendo la evolución favorable y recibiendo el alta para continuar los cuidados domiciliarios durante aproximadamente tres semanas y la retirada de las grapas por el enfermero en su centro de salud correspondiente, al mes debe volver a la consulta del cirujano para la valoración de la herida, marcadores de bioquímica en sangre y alta del proceso total.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación para este tipo de operaciones por parte del equipo de enfermería para una mejor operación del paciente es realizar la técnica de laparoscopia, técnica utilizada para casi todas las apendicitis que se desarrollan en los hospitales públicos de nuestro país en condiciones de desarrollo normal, no obstante, como en el caso clínico descrito y para no poner en peligro la vida del paciente en algunas ocasiones todavía se debe intervenir con la técnica tradicional para limpiar la zona adyacente al apéndice en los casos que sea preciso porque el apéndice haya desarrollado una sepsis en el organismo y los marcadores bioquímicos nos alerten de esta situación preservando la integridad del paciente.

5 Bibliografía

1. Cuervo, J. (2019). Apendicitis aguda. Rev. Hosp. Asturias (Asturias), 56(252), 15-31.

Capítulo 18

EL PROCESO DEL CORDÓN UMBILICAL DEL BEBÉ RECIÉN NACIDO Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

JUAN PÉREZ-OLIVARES GARCÍA

DANIEL LOPEZ REY FORTUNA

GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

RAMIRO JOSÉ SÁNCHEZ CALVO

JAVIER ESTEBARANZ GOMEZ

1 Introducción

El cordón umbilical es la parte de tejido que une al bebé a su madre a lo largo del embarazo y se encuentra uniendo el ombligo del feto a la placenta de la madre. Dentro de este podemos encontrar, entre otras estructuras, vasos sanguíneos que tienen como función intercambiar sustancias entre la mamá y el feto.

Mediante el cordón umbilical, el feto obtiene el alimento junto con el oxígeno necesario. El cuidado del cordón umbilical se inicia en el mismo momento del nacimiento. Una vez finalizado el parto se pinza el cordón y se realiza el corte del mismo. Desuniendo al feto de la mamá. El tejido desvitalizado, llamado muñón, presenta gran facilidad para que proliferen bacterias, las mismas bacterias de

nuestra piel, principalmente *S. Aureus* bacterias o del canal del parto, llegando a infectarse, a esa infección del cordón umbilical o muñón lo llamamos onfalitis. La onfalitis puede complicarse poniendo en riesgo la vida del bebé. No obstante, la onfalitis en países con buena atención pediátrica Varía entre 0,1-2%. Este muñón debe de secarse, momificar y caer en un intervalo de 10-15 días. Referente a los cuidados hay gran cantidad de recomendaciones, no llegando a conclusiones con evidencias, por lo que la cura seca, de momento, es la opción más recomendada y estandarizada.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados estándar del cordón umbilical.
- Promover la educación de la salud a la comunidad.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Se conoce la importancia que le da la madre y la familia al inicio de la maternidad tener al recién nacido con un muñón umbilical, las preocupaciones, miedos y sensación de falta de conocimientos que les genera.

La caída del cordón umbilical se relaciona con el grosor de este y suele suceder entre la primera y segunda semana de vida. Teniendo en cuenta que puede retrasarse si hay mucha humedad, si no se realizan bien los cuidados o si existe la presencia de infección. Esta caída se produce mediante dos procesos de forma natural, se deshidrata, por lo tanto, se momifica y se pudre a través de unas bacterias. Después de la caída se produce la cicatrización durante la semana siguiente. A lo largo de los años se han ido recomendando numerosos productos para el cuidado/cura del cordón. Hoy en día se recomienda la cura seca, que se trata de curar con agua y jabón y después secar con una gasa, los antisépticos o pomadas antibióticas solo se recomiendan en casos en los que por la situación en particular los cuidados o higiene sean mínimos.

Recomendaciones:

- Antes de manipular nada, lavarse bien las manos con agua y jabón.
- Limpiar el tejido del cordón con agua y jabón neutro.
- Secar con gasa limpia.
- Mantenerlo seco con una nueva gasa limpia y seca, envolviéndolo y cambiando la gasa con los cambios de pañal en caso de que se ensucie o se humedezca.
- En cada cambio de pañal (se recomienda frecuentemente) se observará el estado de la gasa y se tendrá especial cuidado con enganchones o demasiada presión al ajustar el pañal.

No se conoce que el uso de antisépticos o antibióticos tópicos frente a lavar con agua y jabón y secar den mejores resultados, hablando siempre en países desarrollados donde existe una buena higiene y buena atención pediátrica, de hecho, si está demostrado que pueden llegar a interferir en la cicatrización natural por lo que retrasaría la caída del mismo. Si se observan los siguientes detalles debemos acudir a un profesional:

- Inflamación o color rojizo en la zona del cordón.
- Aparición de secreción amarilla o maloliente.
- Sangrado abundante. Se considera normal si vemos un pequeño sangrado con la caída o del roce del cordón con el pañal.
- Retraso de más de 20 días en la caída del cordón.
- Debemos observar que no haya presencia de ampollas, color rojizo, inflamación, alta temperatura, secreciones, mal olor en el cordón o en la zona de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Después de consultar bibliografías y realizar este capítulo llegamos a la conclusión de que teniendo en cuenta estas medidas básicas que mencionamos, realizando como técnica de cuidado, la cura seca, manteniendo una buena higiene y manteniendo limpio y seco el cordón umbilical, desde el nacimiento hasta que se produce la cicatrización y posterior caída del mismo podemos minimizar e incluso evitar que los gérmenes habituales que se encuentran en la piel de forma natural produzcan infecciones y, por lo tanto, minimizar posteriores complicaciones, evitar que no se produzcan granulomas, promover que la caída del cordón umbilical se produzca en los intervalos de días normales y con todo esto que quede una cicatriz con buena estética.

6 Bibliografía

1. Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidadoscordon-umbilical>.
2. Martín temprano M., Fernández García C. “Mejora en el cuidado del cordón umbilical del recién nacido” en Revista de enfermería C y L. Vol.2 N.2 pag

Capítulo 19

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

1 Introducción

El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es un procedimiento neuroquirúrgico ampliamente utilizado en el manejo de pacientes neurológicos graves que requieren cuidados intensivos, especialmente aquellos que han sufrido un traumatismo craneoencefálico. Se trata de un catéter que se inserta en el ventrículo cerebral lateral para permitir la monitorización de la presión intracraneal (PIC) y el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR). Además de su papel diagnóstico, el DVE también se utiliza en casos de hidrocefalia, hemorragia intracraneal y hemorragia intraventricular.

Aunque el DVE es una herramienta invaluable en el manejo de pacientes neuroquirúrgicos, su uso conlleva el riesgo de complicaciones, especialmente infecciones del sistema nervioso central, como meningitis y ventriculitis. El manejo

adecuado de esta tecnología es esencial para minimizar estos riesgos y garantizar resultados óptimos para los pacientes.

El equipo multiprofesional desempeña un papel fundamental en la asistencia a los pacientes con DVE, y en particular, el personal de enfermería tiene una responsabilidad clave en la atención y los cuidados proporcionados. Es crucial que los enfermeros estén bien informados sobre el funcionamiento del DVE, las indicaciones para su uso, la monitorización de la PIC, el control del drenaje de LCR y la identificación temprana de complicaciones potenciales. Además, deben estar capacitados en prácticas de asepsia y esterilización para prevenir infecciones asociadas al DVE.

El objetivo de este trabajo es describir los cuidados de enfermería necesarios para los pacientes neuroquirúrgicos con DVE, incluyendo el manejo adecuado del sistema de drenaje, la monitorización de la PIC, el control del drenaje de LCR y la prevención de complicaciones, especialmente infecciones. Se revisarán las mejores prácticas actuales y se destacarán las medidas preventivas que los enfermeros pueden implementar para garantizar una atención de calidad y resultados positivos en estos pacientes.

En resumen, el Drenaje Ventricular Externo es una herramienta esencial en el manejo de pacientes neuroquirúrgicos graves, pero su uso conlleva el riesgo de complicaciones, especialmente infecciones. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en el manejo adecuado del DVE y en la prevención de complicaciones. Este trabajo tiene como objetivo proporcionar una guía para los enfermeros en la atención de pacientes con DVE, con el objetivo de mejorar los resultados y garantizar una atención segura y efectiva.

2 Objetivos

Describir e indicar los cuidados de enfermería para pacientes neurocríticos portadores de drenaje ventricular externo, así como sus indicaciones y complicaciones.

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.

Se han utilizado palabras clave como drenaje ventricular, paciente neurocrítico, cuidados de enfermería en pacientes con DVE.

4 Resultados

El mantenimiento y los cuidados adecuados del Drenaje Ventricular Externo (DVE) son de vital importancia para prevenir complicaciones y garantizar resultados positivos en pacientes neuroquirúrgicos. A continuación, se presentan las principales consideraciones y recomendaciones para los cuidados de enfermería relacionados con el DVE.

El primer aspecto fundamental es la monitorización constante de los signos neurológicos y la presión intracraneal (PIC). La evaluación regular del nivel de conciencia del paciente mediante la escala de Glasgow es crucial para detectar posibles aumentos de la PIC. Además, se debe realizar un control frecuente de las pupilas para evaluar la reactividad y el tamaño, lo que proporciona información adicional sobre el estado neurológico del paciente.

Otro aspecto importante es el manejo adecuado del sistema de drenaje y la prevención de obstrucciones. Se recomienda mantener el cabezal de la cama entre 20 y 30 grados, a menos que exista una contraindicación médica específica. Además, se deben evitar las aspiraciones innecesarias de secreciones y la estimulación excesiva del paciente. La maniobra de Valsalva debe evitarse, y se deben tomar medidas para prevenir el estreñimiento y el esfuerzo durante las evacuaciones intestinales.

El control del drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) es esencial para asegurar un adecuado equilibrio hidroelectrolítico. Se debe realizar un seguimiento horario del débito de LCR, observando el aspecto y la cantidad del líquido drenado. Cualquier cambio en la coloración o la apariencia turbia del LCR puede indicar posibles complicaciones, como una infección. Además, se debe tener cuidado de mantener la permeabilidad del drenaje, evitando pinzamientos accidentales o acodamientos que puedan obstruir el flujo adecuado de LCR.

La prevención de infecciones asociadas al DVE es una preocupación primordial. Se recomienda la manipulación mínima del sistema de drenaje y el uso de técnicas asépticas durante los procedimientos relacionados, como la extracción de muestras de LCR o la administración de medicación intratecal. Se debe realizar un cuidado regular del punto de inserción del catéter, asegurando la limpieza y el sellado adecuado del sitio para prevenir la entrada de microorganismos y la posible colonización bacteriana.

Además, se debe prestar especial atención a las suturas y la fijación del catéter, evitando desconexiones o roturas accidentales que puedan llevar a complicaciones graves. Se recomienda el uso de apósitos estériles y la protección adecuada de todas las conexiones del circuito de drenaje.

En cuanto a la educación del paciente y la familia, es esencial proporcionar información clara y comprensible sobre el DVE, su finalidad y los posibles efectos secundarios. Se deben explicar las medidas de autocuidado y las precauciones a seguir, como evitar movimientos bruscos que puedan afectar el drenaje o aumentar la presión intracraneal.

En resumen, los cuidados de enfermería desempeñan un papel crítico en el manejo del DVE en pacientes neuroquirúrgicos. La monitorización de los signos neurológicos, el manejo adecuado del sistema de drenaje, la prevención de complicaciones y la educación del paciente son aspectos fundamentales para asegurar una atención de calidad y resultados positivos en estos pacientes. El conocimiento y la aplicación de las mejores prácticas en cuidados de enfermería relacionados con el DVE son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes neuroquirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

La evidencia actual sobre los cuidados de enfermería en pacientes con drenaje ventricular externo (DVE) es limitada. Sin embargo, se concluye que estos cuidados son fundamentales para garantizar un manejo adecuado del dispositivo y prevenir complicaciones.

Se ha observado una asociación entre la frecuencia de muestreo del líquido cefalorraquídeo (LCR), la duración del DVE y el desarrollo de infecciones asociadas. Por lo tanto, se recomienda realizar extracciones de muestras de LCR de forma estéril y solo cuando exista sospecha clínica de complicaciones infecciosas, evitando así manipulaciones innecesarias que puedan comprometer la esterilidad del sistema.

Además, se destaca la importancia de la educación sanitaria dirigida tanto al paciente como a su familia. Es crucial que comprendan el propósito del DVE, su funcionamiento y los posibles efectos adversos que pueden experimentar.

Asimismo, se debe informar sobre las maniobras que pueden aumentar la presión intracraneal y recomendar medidas para evitarlas.

En resumen, los cuidados de enfermería desempeñan un papel crucial en el manejo adecuado del drenaje ventricular externo en pacientes neuroquirúrgicos. El conocimiento del sistema de drenaje, la prevención de complicaciones, la educación sanitaria y la atención continua son aspectos fundamentales para mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes con DVE.

6 Bibliografía

- Sánchez IR. Cuidados postquirúrgicos del drenaje ventricular externo. Actuación integral de Enfermería. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2018;119:67-71.
- Fernández MP, García LJ, Fernández MF. Drenaje ventricular externo: cuidados y manejo. In Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud 2019 (pp. 255-262). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- López-Amor L, Viña L, Martín L, Calleja C, Rodríguez-García R, Astola I, Forcelledo L, Álvarez-García L, Díaz-Gómez C, Fernández-Domínguez J, Vázquez F. Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores de riesgo. Revista Española de Quimioterapia. 2017 Oct 1;30
- Sahuquillo J, Poca MA. XV Simposium Internacional de neuromonitorización y tratamiento del paciente neurocrítico. X curso de cuidados de Enfermería en el paciente neurocrítico. Barcelona: Asociación para el Fomento de la Investigación y la Docencia de Neurotraumatología y Neurocirugía. 2012:24-46

Capítulo 20

EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

1 Introducción

El diagnóstico de una enfermedad oncológica, como el cáncer, es de suma importancia por varias razones. Una razón importante es que el diagnóstico precoz permite identificar la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando las opciones de tratamiento son más efectivas y las posibilidades de curación son mayores. Esto puede mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida del paciente. Un diagnóstico preciso proporciona información crucial sobre el tipo de cáncer, su ubicación, tamaño y grado de agresividad. Esto ayuda a los médicos a determinar el mejor enfoque terapéutico para el paciente, ya sea cirugía, radioterapia, quimioterapia u otras terapias específicas. Y es que el diagnóstico de una enfermedad oncológica también proporciona información sobre el pronóstico, es decir, la probabilidad de recuperación y supervivencia a largo plazo. Esto ayuda

a los médicos y pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y planificar el cuidado futuro (1).

Una vez realizado el diagnóstico, se establece una base para el seguimiento y la monitorización del paciente. Esto implica realizar pruebas de seguimiento regulares para evaluar la respuesta al tratamiento, detectar recurrencias o metástasis y ajustar el plan de tratamiento en consecuencia. Además, el diagnóstico de una enfermedad oncológica también permite brindar apoyo psicológico y social al paciente y a sus seres queridos. Saber con certeza lo que está sucediendo y tener acceso a recursos y servicios de apoyo especializados puede ayudar a hacer frente al diagnóstico y a los desafíos emocionales y sociales asociados con el cáncer. Por lo tanto, el diagnóstico de una enfermedad oncológica es esencial para determinar el tipo y estadio del cáncer, seleccionar el tratamiento adecuado, evaluar el pronóstico y proporcionar el apoyo necesario. Un diagnóstico preciso y oportuno puede marcar la diferencia en la vida y el bienestar de los pacientes con cáncer.

2 Objetivos

1. Exponer las actuaciones adecuadas que debe hacer la enfermera en pacientes diagnosticados de enfermedad oncológica.
2. Mostrar la importancia de mostrar una comunicación empática del diagnóstico del paciente.
3. Exponer la importancia de realizar pruebas de seguimiento regulares para evaluar la respuesta al tratamiento.

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 abordaje de la enfermería en pacientes que van a ser diagnosticados con una enfermedad oncológica es fundamental para brindarles un cuidado integral y apoyo emocional durante todo el proceso.

Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la educación de los pacientes y sus familias sobre la enfermedad oncológica, los diferentes tratamientos disponibles y los efectos secundarios que pueden experimentar. Proporcionar información clara y comprensible puede ayudar a reducir la ansiedad y permitir que los pacientes tomen decisiones informadas sobre su atención. Además, deben realizar una evaluación exhaustiva de los pacientes, teniendo en cuenta no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y psicosociales. Esto implica evaluar los síntomas presentes, el estado de ánimo, la calidad de vida, el apoyo social y cualquier preocupación o temor específico relacionado con el diagnóstico.

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario para coordinar los diferentes aspectos del cuidado del paciente. Esto implica programar citas, coordinar pruebas y procedimientos, y asegurarse de que haya una comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en el tratamiento del paciente. Y es que durante el proceso diagnóstico, los pacientes pueden experimentar diversos síntomas y efectos secundarios relacionados con la enfermedad o los tratamientos. Los enfermeros desempeñan un papel importante en el manejo de estos síntomas, brindando cuidados paliativos, administrando medicamentos y proporcionando recomendaciones para aliviar el malestar y mejorar la calidad de vida.

Además, recibir un diagnóstico de cáncer puede ser abrumador para los pacientes y sus familias. Los enfermeros desempeñan un papel clave en el apoyo emocional, brindando un espacio seguro para que los pacientes expresen sus emociones, proporcionando consejería y recursos para el apoyo psicológico, y conectando a los pacientes con grupos de apoyo o servicios de salud mental, según sea necesario. Los enfermeros trabajan en colaboración con los pacientes para promover la adherencia al tratamiento prescrito. Esto implica educar sobre la importancia de seguir las pautas médicas, ayudar a resolver cualquier barrera o dificultad en el cumplimiento del tratamiento y brindar apoyo continuo para motivar a los pacientes durante todo el proceso.

Cabe desatacar que la enfermería oncológica es un campo amplio y complejo que requiere una atención individualizada y centrada en el paciente. Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el cuidado integral y la mejora de la calidad de

vida de los pacientes oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el abordaje de la enfermería en pacientes que van a ser diagnosticados con una enfermedad oncológica es de suma importancia para garantizar una atención integral y de calidad. La enfermería desempeña un papel fundamental en todas las etapas del proceso, desde la detección temprana hasta el tratamiento y el cuidado continuo.

Por lo tanto, los enfermeros tienen un papel crucial en la educación y el apoyo emocional de los pacientes y sus familias. Proporcionan información detallada sobre la enfermedad, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y ayudan a aclarar cualquier duda o preocupación que puedan tener. Además, brindan apoyo emocional para ayudar a los pacientes a hacer frente al impacto psicológico del diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

6 Bibliografía

1. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/3185/Neria_Rodriguez_Sanchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/3185/Neria_Rodriguez_Sanchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/404914/PFO_TESIS.pdf?sequence=1.

Capítulo 21

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA LEY DE LA EUTANASIA

ESTER GARCÍA CEBRIÁN

CARMEN MUÑOZ GUZMÁN

MERCEDES GIMÉNEZ TORNERO

RAQUEL DÍAZ ALMAZÁN

MARIA JOSE TRUJILLO LÓPEZ

1 Introducción

Tras un intenso debate llevado a cabo durante muchos años para aprobar la eutanasia, en 2021 entró en vigor la primera ley de eutanasia española.

La eutanasia o buena muerte consiste en la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente que no tenía perspectiva de curación y mantenía un proceso de sufrimiento físico y/o mental.

Existen varios tipos de eutanasia:

Directa: cuando la intención es provocar la muerte del paciente. Esta a su vez puede ser activa si se administran sustancias letales o pasiva cuando se suspende o no se inicia un tratamiento para mantener con vida al enfermo.

Indirecta: la intención es aliviar el sufrimiento del paciente

Voluntaria: cuando es el paciente el que pide que lo ayuden a morir.

Involuntaria: es aquella donde el paciente no tiene ya capacidades físicas o mentales para pedirlo, pero lo había dejado reflejado con anterioridad (usualmente

en un documento de Voluntades Anticipadas)

Aunque en varios países esta práctica se lleva haciendo desde hace años y con unos requisitos bastante bajos (véase Suiza), en nuestro país la Ley es bastante conservadora, dejando en manos del profesional de medicina una decisión de si el paciente tiene suficiente sufrimiento o si la enfermedad es suficientemente crónica e incapacitante para solicitar esta prestación.

Además, la ley solo refleja al personal de enfermería dentro del equipo asistencial, sin desarrollar el resto de funciones que estos podrían llevar a cabo antes, durante y después de la eutanasia.

2 Objetivos

- Determinar cuál es el rol del profesional de enfermería en el proceso de eutanasia.
- Definir qué es la eutanasia, así como describir brevemente los pasos más importantes a seguir estipulados por la Ley.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, hemos recurrido a una revisión bibliográfica basada en la literatura científica existente en los principales buscadores sanitarios de datos como son Scielo, Google académico, Dialnet y Cochrane.

Se han buscado artículos con las palabras “enfermería” “eutanasia” “España” desde 2014 hasta la actualidad.

4 Resultados

Al ser este un tema reciente, con una Ley que tiene apenas 2 años, no existe mucha bibliografía al respecto referida a nuestro país. Se encontraron 11 artículos de los cuales este capítulo se ha desarrollado con 5 de ellos que nos parecieron más completos.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, es la primera ley que regula dicha práctica en España. Esta define la eutanasia como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”

Establece una serie de requisitos para solicitar tal prestación, así como una serie de pasos a seguir durante todo el proceso.

Los requisitos para solicitar la eutanasia son:

- Tener nacionalidad española o ser residente legal en España.
- Tener un amplio historial médico detallado sobre la enfermedad actual, los tratamientos llevados a cabo, y alternativas como son los cuidados paliativos integrales.
- Haber realizado 2 solicitudes por escrito y de manera voluntaria, de forma autónoma y sin ninguna presión externa.
- Sufrir una enfermedad grave, incurable o que produzca un grave padecimiento que, además, sea crónico e imposibilitante.
- Prestar consentimiento informado.

Como resumen al proceso, tras la petición de esta prestación al médico de cabecera, este negociará con el paciente posibles alternativas. Si en el periodo de dos días se vuelve a repetir la petición, el médico (consultor) debe informar al responsable de eutanasia de cada provincia para comenzar el proceso deliberativo. En caso de ser afirmativa, el médico consultor designará a un médico especialista en la patología causa de la petición de esta prestación para que lleve a cabo el procedimiento. Cabe decir que este último médico, puede atenerse a la objeción de conciencia.

El papel de la enfermera en todo este proceso suele iniciarse mucho antes de la petición de eutanasia. Normalmente, estos pacientes tienen enfermedades crónicas que necesitan un seguimiento y que les producen diversas alteraciones cutáneas como úlceras o precisan también diversos tratamientos para manejo del dolor.

En cuanto al proceso en sí, la regulación española solo sitúa a la enfermera como el profesional responsable de la administración directa al paciente de una sustancia previamente prescrita por el personal de medicina para provocar la buena muerte del individuo.

5 Discusión-Conclusión

La eutanasia es un tema controvertido, complejo y dado a múltiples debates intensos.

Debido al poco tiempo que la Ley lleva aprobada en nuestro país (2021) apenas se ha desarrollado correctamente para que no de lugar a confusiones. Las múltiples interpretaciones que se pueden dar al concepto de “enfermedad crónica que produce un sufrimiento”, hace que muchas veces esta prestación se deniegue o que los profesionales se atengan a su objeción de conciencia.

Por la misma razón, la ley peca de ser muy medicalizada, dejando de lado a múltiples profesionales que podrían intervenir en el proceso, entre ellos el profesional de enfermería.

6 Bibliografía

1. Proyecto/Guía docente de la asignatura Gestión de los servicios de enfermería. Ética y legislación sanitaria.
2. Yardley S, Rolph M. Death and dying during the pandemic. *Bmj* [Internet]. 2020;1472(April):m1472. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1472>
3. Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, del Castillo Arévalo F. Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente. *RqR –Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)* [Internet]. 2014;2(4):6–20. Available from: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/otono2014definitiva/RevistaRqR_Otoño2014_MuerteDigna.pdf
4. Voluntades Anticipadas | Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. [cited 2020 May 26]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobrecancer/derechospacientes/voluntades-anticipadas>
5. López Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev Ciencias la Salud*. 2018 ;16(2):340-56

Capítulo 22

EL ENVEJECIMIENTO

ÁNGEL RAMÓN AYALA RODRIGO

1 Introducción

El envejecimiento de las personas, es un proceso fisiológico que cada uno experimenta de forma diferente, produciéndose una serie de cambios en el organismo que provocan alteraciones en la función y estructura de los distintos sistemas.

Nos enfrentamos a problemas físicos, psíquicos y sociales, los cuales son derivados de los problemas biológicos, de la edad y de causas ambientales, lo que condiciona factores como la dependencia y autonomía, pudiendo llegar a ser un impedimento para llevar a cabo actividades de la vida diaria, como vestirse, alimentarse...

El envejecimiento como tal, puede ser tanto un avance como un desafío, ambas debido a la mayor esperanza de vida en el momento actual, y se debe tener especial atención desde el ámbito sanitario para no agravar esta situación y mejorarla en la medida de lo posible.

Por todo esto y por la multitud de aspectos a considerar en esta etapa de la vida que deben ser tenidos en cuenta, es de gran importancia y utilidad el estudio de las diferentes teorías existentes sobre el proceso de envejecimiento en el ser humano, ya que cada una estudia diversos factores condicionantes, que al ser mejor conocidos permiten una mayor actuación sobre el proceso y una mejor calidad de vida en la persona.

2 Objetivos

-Conocer y analizar las teorías del envejecimiento.

- Indicar cómo mejorar el cuidado de las personas ancianas.
- Detallar la manera de mejorar la actuación de enfermería en el paciente anciano.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en diversos buscadores como Google Academic, PubMed y SciELO utilizando los términos: envejecimiento, anciano, cuidados, teorías, edad avanzada y salud uniéndolos con el operador booleano AND. Tras la búsqueda y revisión de los hallazgos fueron utilizados 3 artículos para la realización de esta revisión.

4 Resultados

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

TEORIAS PSICOLOGICAS

1. Teoría del desarrollo

Según Erikson, la personalidad se desarrolla en 8 etapas de la vida, cada una en el periodo correspondiente. La evolución hacia la siguiente etapa requiere el cumplimiento satisfactorio de los anteriores. Las personas mayores experimentan la etapa de la "integridad del yo frente a la desesperación". Esta teoría sostiene que en esta etapa final, la persona mayor se empieza a preocupar por la aceptación final de la muerte sin obsesionarse con este pensamiento. Si las personas mayores han tenido fracaso o decepciones en la vida, esta etapa puede ser difícil de llevar a cabo, ya que la persona mayor puede desesperar en lugar de aceptar la muerte.

2. Teoría del individualismo

El inconsciente personal está constituido por sentimientos íntimos y las percepciones que rodea a la persona o sucesos vitales importantes. Cuando una persona envejece, el enfoque se desplaza desde el mundo que les rodea hacia las experiencias personales. Las personas mayores, a medida que envejecen, se comprometen a la búsqueda interior para criticar creencias y logros. Una vejez satisfactoria significa una aceptación del pasado y la capacidad de aceptar su deterioro funcional y la pérdida de sus allegados.

3. Teoría de las necesidades humanas

Publicada por Maslow, esta teoría propone que la conducta humana está motivada por una jerarquía de 5 necesidades: fisiológica, de seguridad, de amor y pertenencia, de autoestima y realización personal. Estas necesidades se pri-

orizan de manera que las necesidades biológicas preceden a las necesidades de crecimiento personal.

Las limitaciones físicas, económicas, sociales y ambientales pueden impedir la satisfacción de las necesidades en las personas mayores, provocando sentimientos de fracaso, depresión y la percepción de que la vida no tiene sentido.

4. Teoría de la optimización selectiva de compensación

Esta teoría la realizó Baltes y como las anteriores se centra en el individuo. Las personas aprenden a afrontar las pérdidas funcionales del envejecimiento a través de procesos de selección, optimización y compensación. Las personas que envejecen son más selectivas en cuanto a actividades y roles; al tener limitaciones, eligen otras actividades y roles que les resulte más satisfactoria (optimización). Los resultados de estas situaciones pueden causar un aumento o disminución del grado de funcionamiento, que se asocia a un riesgo superior o inferior de mortalidad. Por ello la optimización selectiva con compensación facilita un envejecimiento satisfactorio.

TEORIAS SOCIOLÓGICAS

1. Retraimiento, liberación y desconexión

El envejecimiento está acompañado del retraimiento recíproco de la sociedad y el individuo; es decir, que la persona mayor deja poco a poco de mezclarse en la vida social y como contrapartida la sociedad le ofrece cada vez menos posibilidades en general. Así cuando se produce la muerte, ni el individuo mayor ni la sociedad se ven perjudicados y se mantiene el equilibrio social. La jubilación obligatoria fuerza a algunas personas mayores a retirarse de los papeles relacionados con el trabajo, acelerando el proceso de liberación, es decir, estas personas quedan libres de responsabilidades sociales y tienen tiempo para reflexionar y así sus funciones son delegadas a personas jóvenes para favorecer el funcionamiento social sin interrumpirse por la pérdida de los miembros. En algunas culturas, las personas mayores permanecen vinculadas a la sociedad, activas y ocupadas durante toda su vida.

En cuanto a la teoría de la desconexión algunos autores afirman que la separación que se produce entre las personas de avanzada edad con respecto a la sociedad es porque esta lo desea así y sirve para mantener el equilibrio social.

2. De la actividad y la continuidad

Las personas mayores se les priva de algunos roles, y los que les quedan no están claramente definidos. La persona mayor alcanza un estado de anomia. En esta situación, si nuevos roles no remplazan a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y la persona mayor se convierte en un individuo inadaptado y alienado, no solo de la situación sino también de sí mismo. Por ello, esta teoría contradice a

la teoría de la liberación, proponiendo que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito. Manteniéndose activo y ampliando las actividades la persona mayor tiene más posibilidades de disfrutar de su vejez. Cuando llega la jubilación hay que buscar actividades de sustitución. La teoría de la continuidad habla básicamente de lo mismo que la teoría de la actividad; afirma que un envejecimiento con éxito implica mantener o continuar con los valores, hábitos, preferencias y lazos familiares previos. De acuerdo a esta teoría, el ritmo de las actividades debe ralentizarse. Las actividades perseguidas en la vida previa que no aportaban satisfacción y felicidad verdadera pueden abandonarse.

3. Medio social

El comportamiento en la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. La función depende de la fuerza del yo, la movilidad, la salud, el conocimiento, la percepción sensorial y el ambiente. El medio donde vive la persona mayor engloba a una parte del medio social, los obstáculos que pueda tener de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Evidentemente, existe una influencia sobre el nivel de actividad de la persona mayor, ejercida por tres factores primordiales que permiten satisfacer esta necesidad, son: salud, dinero y apoyo social.

Estos tres factores, que son susceptibles de influir en el grado de actividad dando satisfacción a esta necesidad, suelen ser generalmente desfavorables en la vejez.

4. Ancianos como subcultura o grupo minoritario

Fusiona el postulado que mantenía que las características comunes de las personas ancianas y su aislamiento explica que formen un grupo social a parte, es decir, las personas mayores prefieren separarse de la sociedad compartiendo la pérdida de posición social y la consideración negativa de la vejez.

Strieb mantiene que en nuestra sociedad las personas de edad se sienten forzadas a formar una minoría, lo que actualmente es discutible tanto por el aumento de número de las mismas, como por el hecho de intentar integrarlas dentro de un grupo no deseado.

El aumento creciente del número de personas mayores exige que se preste más atención a las necesidades de este grupo de edad y está modificando la idea predominante de la vejez como etapa negativa.

5. Estratificación social

La sociedad está estratificada por grupos de edad. Estos grupos son la base para adquirir recursos, roles, posición y respeto de los demás. Los cohortes por edad están influidos por su contexto histórico y comparten experiencias similares, creencias, actitudes y expectativas sobre las transiciones del curso vital. Las personas

de distintas generaciones tienen experiencias diferentes, lo cual puede hacer que envejezcan de diferente forma.

TEORÍAS BIOLÓGICAS

1. Teoría inmunológica

Con el tiempo, nuestro sistema inmunológico se va deteriorando, hasta el punto de no ser capaz de distinguir entre las partes sanas del organismo de las invasoras. Esto conlleva la aparición de procesos autoinmunes, donde el organismo se ataca a sí mismo, siendo más débil frente a enfermedades infecciosas y la causa del envejecimiento; y posteriormente de la muerte.

Según esta teoría, una dieta y un estilo de vida saludable conseguirán mantener la función inmune en las personas mayores.

2. Teoría de evolución

Se basa en que el envejecimiento es producto de la evolución, método por el cual los organismos tienen un periodo de vida limitado, al final del cual mueren para conseguir la mayor productividad de la especie, quedando mayores recursos para los jóvenes.

3. Teoría de la mutagénesis intrínseca

Teoría basada en la aparición de mutaciones a nivel del ADN de las células del individuo a lo largo de la vida. Esto es debido a la pérdida de eficacia del material genético que da lugar a la aparición de genes malignos que afectan al núcleo del ADN de las células.

4. Teoría del envejecimiento celular

Dicha teoría sostiene que la senectud se debe a una codificación deficiente en el ADN de las células y a su vez a una pérdida de información en dichas moléculas. Este fenómeno junto con la teoría de que a lo largo de la vida se van acumulando desechos en las células, llevan a pensar que estas sean las causas que conllevan la pérdida de función de las células del individuo.

5. Teoría de la muerte programada/ límite de Hayflick

Hayflick propone que, al llegar a la vejez, las células de todo el organismo dejan de dividirse como lo hacían a lo largo de toda la vida del individuo, es decir, que a medida que la persona envejece disminuyen las mitosis en sus células y esto es debido al acortamiento de los brazos de los telómeros según avanza la vida del individuo. Estas células no solo no son capaces de seguir dividiéndose, sino que finalmente desencadenan una apoptosis y ellas mismas “se suicidan”.

6. Teoría neuroendocrina/modificaciones del sistema endocrino/ endocrina

Los cambios endocrinos producidos en la vejez están provocados por los daños neuronales, afectando estos al sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y por tanto provocando cambios en la producción de muchas hormonas destacando

los estrógenos, la hormona del crecimiento y la melatonina entre otras. Por lo que al producirse estos cambios y al disminuir la acción de dichas hormonas, puede ocasionar el debilitamiento y envejecimiento de los órganos sobre los que actúan.

7. Teoría del tejido conectivo o de las uniones cruzadas

La unión intermolecular mediante colágeno y elastina y otros agentes entrelazadores como la propia reacción entre los extremos de las moléculas, aumenta con la edad.

Esta teoría supone que las uniones cruzadas son la causa del envejecimiento, ya que impiden la solubilidad del colágeno provocando esclerosis y disminución de la elasticidad tisular.

Es una teoría poco aceptable a que hay personas longevas que son expuestas a agentes entrelazadores permanecen activas; por lo tanto, estas uniones no siempre son dañinas.

TEORIAS AMBIENTALES

1. Teorías genético-ambientales

Los cambios imprevisibles en la estructura del ADN se producen por alteraciones extrínsecas o del entorno.

La longevidad está determinada por la capacidad de cada especie para reparar el genoma mediante secuencias genéticas repetidas que sustituyen a las dañadas, a pesar de contener información errónea.

2. Teoría de la mutación somática.

Agentes externos (ambientales, químicos, radiaciones, etc.) son los responsables de las alteraciones del código genético que repercute en la función celular y en consecuencia sobre la longevidad.

3. Teoría de Orgel o del error catastrófico

Esta teoría propone que un fallo en la biosíntesis proteica debido a la transmisión errónea la información del ADN, afectada por factores ambientales como la radiación que provoca mutaciones, hace que este no se pueda reparar y se promueva el envejecimiento

Esta teoría no es extrapolable a todas las células porque pueden no contener proteínas erróneas, diferenciando el ritmo de envejecimiento de una persona u otra.

4. Teoría de los radicales libres de oxígeno

Estas moléculas son los productos finales del metabolismo oxidativo, se forman cuando el organismo utiliza oxígeno durante la actividad.

El daño que producen los RLO es acumulativo, ya que estos producen restos celulares ricos en lípidos y proteínas, sustancia no degradable que ha sido de-

nominada, el pigmento de la edad, y que disminuye las funciones de orgánulos intracelulares.

Este daño compromete la integridad celular y pueden aparecer enfermedades prevalentes en la vejez como la diabetes tipo II, enfermedades cancerosas, la arterioesclerosis...

El efecto de estos se puede contrarrestar con agentes antioxidantes, es decir que una mayor protección frente a los radicales libres, prolongara la vida.

Según muchos autores, la dieta mediterránea es un gran protector frente a las lesiones oxidativas debido a la abundancia en su composición de antioxidantes y a que la ingesta de grasas saturadas es menor.

5. Teoría de la restricción calórica.

La tasa metabólica basal indica el grado de producción de sustancias oxidantes las cuales están en relación con el envejecimiento; por lo tanto, si disminuimos el metabolismo, se ralentizara el ritmo de crecimiento, así como el proceso de envejecer.

Además, diversos estudios defienden que la restricción calórica no solo prolonga la vida, sino que también reduce la susceptibilidad a enfermar y que las personas activas tienen mayor esperanza de vida que las sedentarias.

Como conclusión, los efectos beneficiosos del ejercicio contrarrestan los efectos de los radicales libres.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

1. La teoría de las consecuencias funcionales

Esta teoría nos da los pasos a seguir durante el cuidado de las personas mayores que tienen un deterioro físico, y que por tanto, se encuentran en el ámbito hospitalario (consultas, ingresados...)

La función del personal de enfermería es, conocer los cambios que se van a producir en la 3ª edad, abordar los factores de riesgo y así poder actuar de una manera más inmediata para disminuir la discapacidad producida por la edad y poder evitar la dependencia precoz de estas personas.

Esta teoría sugiere; que la calidad de vida del paciente esté relacionada con las actividades de la vida diaria y la dependencia; y que a pesar de esto, se puedan lograr consecuencias positivas.

Esta teoría se emplea en personas mayores con alto grado de funcionalidad, aquellas que consiguen consecuencias negativas y, en los cuidadores de estos dos tipos de personas.

2. La teoría del desarrollo y crecimiento

Nos habla de la unión que existe entre la persona, el ambiente y sus relaciones sociales; el envejecimiento se debe al desajuste de estas tres uniones.

La función de enfermería en estos pacientes y abordar e identificar los factores que impiden el desarrollo óptimo y poder poner una solución.

En cuanto a las demás teorías, el papel de la enfermería es fundamental, ya que con la nutrición, balance de líquidos, ritmo del sueño, eficacia de los fármacos podemos controlar todo lo relacionado a las teorías biológicas.

Debemos darles el reconocimiento de que su vida ha sido integra y con sentido para así poder morir en paz.

Con el conocimiento obtenido en estas teorías, el profesional de enfermería ayuda a:

Facilitar consejos y prácticas para poder controlar las enfermedades crónicas.

Aumentar las fortalezas individuales para poder seguir manteniendo la independencia.

Seguir trabajando para poder mantener el estado cognitivo y la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comentado durante la elaboración de nuestro trabajo, existen diversas teorías y clasificaciones de estas que intentan explicar el envejecimiento humano.

Muchas de ellas se basan en experimentación biológica. La mayoría de las teorías nos dan una respuesta sobre aspectos aislados, pero ninguna nos ofrece una visión holística sobre este fenómeno.

Muchas teorías han sido refutadas por el hecho de que, a pesar de que las funciones vitales son iguales en todas las personas, estas no tienen por qué haber estado sometidas a los mismos agentes externos que influyen sobre el organismo; por ejemplo, una persona que ha vivido siempre en un entorno rural no ha estado expuesta a los efectos de la contaminación como una persona que haya vivido en un núcleo urbano de una ciudad industrializada.

8

Estas teorías tampoco son extrapolables a todos los ancianos, ya que cada uno de ellos se enfrenta a la vejez con una actitud y un punto de vista sobre la vida diferentes.

En conclusión, estas teorías nos ayudan en nuestra profesión de enfermería a tratar al paciente anciano desde una perspectiva biopsicosocial, sin obviar que cada paciente es diferente.

6 Bibliografía

- “Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales” Autor/a Kristen L. Mauk editorial Mc Graw Hill (2008). Capítulo 3: Teorías sobre el envejecimiento.
- “Enfermería gerontológica” Autor Patricia A. Tabloski. Capítulo 1: Principios de gerontología.
- “Conceptos básicos de Geriátrica y Gerontológica”. Enfermería Geriátrica y gerontológica. Autor/a Misericordia García Hernández, Juan Gómez Salgado y Julia Gallo Estrada. Colección Líneas de especialización en Enfermería Geriátrica y Gerontológica FUNDEN (2007).

Capítulo 23

CUIDADOS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de la obstrucción en vías respiratorias, generalmente progresiva e irreversible. El papel del diplomado en Enfermería es principal en la educación para la salud y para la implantación de comportamientos más saludables de enfermos con EPOC, con el objetivo de aumentar su calidad de vida.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por la obstrucción de los bronquios y el pulmón se degenera destruyéndose por la introducción continuada del humo del tabaco y más sustancias perjudiciales

Pulmones, bronquios, disponen de diferentes mecanismos que les permiten destruir las partículas que se introducen dentro (mediante la escupidura de flema).

En esta patología, el mayor factor es fumar, la introducción de partículas es tan exagerada que rebasa estas barreras naturales, originando un aumento marcado de flema que es eliminada a través del esputo.

Por ende, el primer síntoma que padecen estos pacientes es la escupidura (flema) y tos. Opuestamente, se produce una estrechez del calibre de los bronquios y como tenemos que respirar por unos bronquios más estrechos, el trabajo para movilizar el oxígeno es más grande, lo que repercute en una respiración más difícil y costosa

2 Objetivos

Identificar los cuidados que tiene enfermera en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo, se ha realizado una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave “cuidadas enfermeras en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica”.

4 Resultados

En cuanto a los cuidados paliativos al final de la vida, un estudio realizado, identifica que, en los enfermos de cáncer, cuando la terapia curativa ya no es efectiva o el paciente no puede soportarla, el interés del tratamiento debe pasar del tratamiento curativo activo y al tratamiento paliativo con el fin de brindar a los enfermos en etapa final el tratamiento y los cuidados adecuados.

Los tratamientos paliativos intentan acometer las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales, del enfermo de cáncer, a demás de elevar la autonomía del enfermo, que el paciente disponga de información y poder elegir el lugar de su muerte.

Con esta patología, el profesional de enfermería va a proporcionar los cuidados, los enfermeros a cargo de tratamientos paliativos intentan proporcionar una muerte en paz del enfermo y los enfermos que les atendieron enfermeros con más bagaje se les dio mayor puntuación.

Los cuidados al paciente terminal, entre otros, son los siguientes:

- Facilitar consuelo del dolor y síntomas.
- Intentar no adelantar ni retrasar la muerte.
- Atención integral: proporcionar los aspectos físicos, sociales, espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.
- Elaborar un plan que ayude a la familia a adaptarse en el proceso de la enfermedad de los pacientes y en la fase del duelo. El enfermo y la familia son una unidad a tratar.
- Son adheridos de forma temprana en el curso de las enfermedades, en armonización con otros tratamientos que pueden elevar la calidad de vida, tales como quimioterapia o radioterapia. Se extienden hasta la fase del duelo.
- Influenciar la mejoría en el transcurso de la patología y proporcionar una calidad de vida adecuada

La observación de la familia y en torno del paciente terminal debe ser también foco de atención, ya que para ellos también es una gran colisión emocional.

5 Discusión-Conclusión

Es básico obsequiar tratamientos de enfermería dirigidos de una manera holística al sopesar todas las esferas correspondientes al paciente oncológico. Los procedimientos de la enfermera vistos en la revisión consisten en aumentar: la comodidad física, la independencia, espiritual y psicológica, tal y como, realizar las discusiones tempranas y continuas sobre el lugar de atención preferido y la defunción, el principio del marco de alta al final de la vida y el enlace comunitario temprano que colaboran a una defunción digna.

El profesional de enfermería debe controlar todo el marco que rodea al paciente y su familia, orientado los cuidados paliativos para favorecer la comodidad de estos.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-del-profesional-de-enfermeria-hacia-pacientes-oncologicos-en-etapa-terminaluna-revision-de-la-literatura/>.

Capítulo 24

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL PIE DIABÉTICO

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

La Diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas con más prevalencia en la población. Se caracteriza por unos niveles elevados de glucosa en sangre, causados por la ausencia de producción de la hormona insulina (Diabetes tipo I) o porque el organismo no utiliza esta hormona de forma adecuada (Diabetes tipo II).

Los pacientes con DM pueden tener múltiples complicaciones, una de las más frecuentes y que más afecta a la calidad de vida del paciente es el denominado pie diabético.

El pie diabético constituye una de las complicaciones más relevantes de la diabetes mellitus. En los pacientes diabéticos, una atención integral y multidisciplinar con estrategias encaminadas a la prevención de las posibles complicaciones adquiere gran relevancia. El riesgo de amputaciones para los pacientes diabéticos es hasta 15 veces mayor que en pacientes no diabéticos y las tasas de

mortalidad, sobre todo cardiovascular, tras una úlcera y la amputación, son muy elevadas, casi un 60 % de las personas fallecen en el transcurso de 5 años tras una amputación y casi un 40 % en el caso de las úlceras. Se estima que entre un 5-10 % de los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida. El 85 % de pacientes que sufren amputaciones secundarias a pie diabético han padecido con anterioridad la aparición de una úlcera diabética.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de enfermería dentro del equipo multidisciplinar en el tratamiento del pie diabético.
- Demostrar la eficacia del uso temprano de herramientas (protocolos, guías de actuación) para la prevención del pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en buscadores como Google en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en con palabras clave ¿cuidados enfermería en el paciente con pie diabético?.

4 Resultados

El pie diabético se puede definir como el resultado de varias complicaciones de la diabetes mellitus, por ejemplo, enfermedades vascular periférica, neurológica u ortopédica, que afectan la circulación y la sensibilidad de los pies, pues estos últimos quedan expuestos a sufrir lesiones ulcerosas. Además, pueden agravarse con la presencia de infección, la lenta curación de las heridas y el daño del sistema nervioso periférico (del cual depende la sensibilidad y la función muscular), que hace insensible al pie, a la vez, que deforma y altera su biomecánica.

Dadas las complicaciones por las cuales el resultado es el pie diabético, su manejo se vuelve complejo y requiere la intervención de especialistas de diferentes áreas del conocimiento, un equipo multidisciplinario con entrenamiento específico en pie diabético que de atención de forma coordinada a las alteraciones neuropáticas, arteriales, ortopédicas e infecciosas, e integre los aspectos psicosociales, nutricionales, educativos, ocupacionales y de rehabilitación. La intervención de enfermería en estos pacientes es valiosa. Al tener identificadas las anteriores condi-

ciones, debe asegurarse el acceso de las personas con diabetes y sus familiares a los programas de educación, al tiempo que se procura que estos sean de fácil acceso tanto para los educadores como para los educandos, que se realicen en forma regular y sistemática y que combinen estrategias individuales y grupales. Desde la consulta de enfermería es importante educar a los pacientes en los cuidados que pueden asumir para disminuir el riesgo de complicaciones del pie diabético. Se debe vigilar un adecuado control metabólico, educando al paciente sobre la alimentación, el ejercicio y la adecuada toma de su tratamiento. Se les recomendará:

- Revisar los pies diariamente.
- Utilizar calzado cómodo, revisarlo antes de colocárselo.
- No caminar descalzo.
- No utilizar agua muy caliente para la ducha o para calentar los pies.
- Limpiar los pies diariamente con agua y jabón.
- Secar bien después, especialmente en los espacios interdigitales.
- Cortar las uñas de forma recta.
- Para retirar callos o cortar uñas complicadas ir al podólogo.
- Hidratar los pies diariamente.

5 Discusión-Conclusión

El pie diabético es una complicación de la diabetes mellitus que puede afectar a un elevado porcentaje de la población. Por ello, es muy importante aplicar medidas de prevención antes de desarrollar úlceras y programas de educación tanto a profesionales como pacientes para poder actuar de la forma más efectiva posible. Dentro de la evaluación del pie diabético existen numerosos protocolos y guías de práctica clínica que son herramientas muy útiles a la hora de actuar en la consulta médica. Además, la intervención enfermera en este proceso resulta esencial en la educación para la salud y a la hora de acompañar al paciente en el proceso de su enfermedad.

Sin embargo, todavía hay una falta de comunicación del equipo multidisciplinar y es difícil ofrecer a los pacientes unas pautas unificadas con las que puedan llevar correctamente el manejo de su enfermedad, lo cual da a entender que todavía queda trabajo por delante a la hora de abordar de forma óptima la enfermedad del pie diabético.

6 Bibliografía

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

Capítulo 25

LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SOCIEDAD, EXPUESTO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

VICTOR JOSE SANCHEZ GIMENEZ

MARTA JIMÉNEZ DE LOS GALANES ALCÁZAR

MARÍA DEL CARMEN MERO YÉBENES

ANDREA MARIA VALDEPEÑAS LAGUNA

MÓNICA BALLESTEROS TOLEDO

1 Introducción

Los estudios científicos dan la conclusión que en los años anteriores se ha producido un retroceso de forma gradual en la dieta que se consume en toda Europa, también se observa una deficiente práctica de actividad motora y deportes físicos. En los últimos veinte años está ocurriendo un gran aumento de sobrepeso y de obesidad en gran parte de las personas de la comunidad europea.

En edades tempranas los niños con obesidad o sobrepeso podemos ver que cada vez estos problemas aparecen antes y si vamos a la etapa de adultos aquí vemos que producen alteraciones vasculares

La talla y el peso se suelen recoger en los cuestionarios de estudios de carácter epidemiológico. La dificultad en pacientes al dar estos datos condicionan de sesgos el resultado de la evolución nutricional. En España se han realizado pocos estudios con mediciones del peso y talla para evaluar la dimensión de este problema.

Nos vamos a apoyar en cinco estudios donde hemos sacado los datos necesarios para hacer una estimación de la obesidad infantojuvenil de España. Estos estudios son recientes, pero no hay un número significativo.

Vamos a investigar y repasar diferentes estudios científicos para elaborar conclusiones. Siempre desde un punto de vista altruista.

2 Objetivos

Mostrar la incidencia del sobrepeso y la obesidad en nuestro país por parte de un equipo de profesionales de la salud.

3 Metodología

Para realizar esta publicación se ha realizado un exhaustivo trabajo de investigación, como fuente primaria se ha utilizado el buscador de Google Académico y el buscador científico que nos ofrece la UNED par luego profundizar en fuentes secundarias de Pubmed, Scielo y otras fuentes de gran prestigio.

4 Resultados

En los últimos tiempos en la población europea se ha podido ver tanto un descenso de la calidad de la dieta como una paupérrima actividad motora. Esto demuestra que la elevación del peso en los últimos cuarenta años viene determinada por estos cambios de dieta y el aumento de calórico de los productos ultraprocesados que cada vez se producen en mayor cantidad.

Con estos datos no podemos más que esperar en un tiempo venidero el aumento de diversas enfermedades crónicas, esto va a suponer consecuencias como la reducción de la calidad y esperanza de vida en toda la comunidad europea.

Los determinantes que son fundamentales de estos factores de riesgo son en su mayoría parte de los mismos:

Se ingieren menos verduras y frutas. Se ingieren más grasas saturadas de origen animal casi siempre y grasas hidrogenadas, se ha reducido la ingestión de fibra.

Estos cambios en la dieta han producido una mayor cantidad de grasa y azúcares añadidos en la dieta.

Debemos considerar que se ha producido un aumento en las proporciones de los alimentos, este factor se ve claramente en los niños y adolescentes con inicios de sedentarismo por una baja actividad física.

En las últimas publicaciones del world health report nos muestra con detalle como gran cantidad de factores de riesgo que son los responsables de un porcentaje muy elevado de todas las muertes y de la mayoría de patologías de las naciones que se estudian en dichos trabajos científicos.

Los factores de riesgo más destacados para una defunción prematura tienen que ver a la hora de comer y la actividad motora, también se suma la tensión arterial, el índice de masa corporal, una deficiente ingesta de hortalizas y frutas, el índice del colesterol elevado, el consumo de procesados y un consumo de alcohol desmesurado.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos evidentes diferencias entre unos estudios y otros. Tanto diferencias en cifras totales como en exclusividad en lo referido a la obesidad. Las mayores cifras de obesidad y sobrepeso viene del estudio Aladino, en un 45% de la población que se estudió, frente al 26% de la población del estudio Enkid.

La explicación de estas anomalías se explica por la diferencia en el tiempo que transcurre entre la elaboración un estudio y otro, si hablamos de los resultados se encuentra diferencias relativamente importantes.

También se puede ver que los cambios que se están produciendo en Europa en las dietas aumentara las enfermedades cardiovasculares de la población europea.

6 Bibliografía

1. Marrodán MD, Mesa MS, Alba JA, Ambrosio B, Barrio PA, Drak L, Gallardo M, Lermo J, Rosa JM, González-Montero M. 2021. Diagnóstico de la obesidad: actualización de criterios y su validez clínica y poblacional. *An Pediatr*, 65(1): 5-14. 19.
2. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigaciones sobre crecimiento y desarrollo. Bilbao. Fundación Orbegozo; 2018.

Capítulo 26

MANEJO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

CELIA ARROYO MOLINA

NATALIA AMATE ESCABIAS

ALBA LÓPEZ MARTIN

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

1 Introducción

Una neoplasia maligna es una enfermedad genética caracterizada por una alteración en la división, diferenciación y supervivencia de las células. Las células tumorales pierden la diferenciación del tejido del que provienen, evaden los procesos de muerte celular programada (apoptosis) y pueden adquirir la propiedad de generar vasos sanguíneos para autonutrirse. Estas características favorecen la proliferación excesiva y descontrolada del tumor. Además, las células tumorales pueden diseminarse a través de los ganglios (diseminación linfática) o a través del torrente sanguíneo (diseminación hematológica) e invadir órganos o estructuras a distancia.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden clasificar según el tejido u órgano en el que se han producido. Carcinoma (se producen a partir de las células epiteliales), leucemias (tiene su origen en la médula ósea), sarcomas (se originan a partir del tejido conectivo), linfomas (se producen a partir del tejido linfático, es decir, ganglios y órganos linfoides).

El cáncer es una de las causas de muerte de mayor importancia en los países desarrollados y es la segunda causa de muerte en España, 26,7% de las muertes en 2017.

Los hombres tienen una incidencia superior a la de las mujeres, siendo los más frecuentes el de próstata, pulmón y colorrectal respectivamente. En el caso de las mujeres el más frecuente es el de mama, seguido por el cáncer de pulmón y el colorrectal. El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en España por cáncer, seguido del colorrectal.

Alrededor de un 30% de las muertes producidas por cáncer se deben a una serie de factores de riesgo dietéticos y conductuales: índice de masa corporal elevado, consumo de alcohol y tabaco, falta de actividad física e ingesta reducida de frutas y verduras.

Uno de los grandes problemas de la medicina al enfrentarse al cáncer deriva de la forma insidiosa e inespecífica en la que estos se presentan. La gran mayoría de neoplasias son asintomáticas hasta estadios avanzados, y si se manifiestan lo hacen de una forma que puede pasar desapercibida: debilidad, pérdida de peso, cansancio. No obstante, cada tipo de tumor tiene una forma más o menos típica de presentación, pero el síndrome constitucional antes citado suele ser una característica común a todos los tumores.

El diagnóstico debe comenzar con la anamnesis y la exploración física al paciente. Seguidamente se pueden realizar analíticas y pruebas de imagen. Sin embargo, para estar totalmente seguros de que nos encontramos ante una neoplasia, es necesario realizar un análisis de la muestra que se llevará a cabo mediante una biopsia o punción.

El tratamiento del cáncer depende de: el tipo de neoplasia, el estadio tumoral y las características generales del paciente. Según esto, se pueden usar diversos enfoques terapéuticos: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia, etc.

Dentro de la sintomatología del paciente podemos encontrar: síndrome constitucional, adenopatías, disfonías, ictericia, disfagia, lunares, dolor pélvico, metrorragias, hematuria, nódulos y rectorragias (melenas) entre otros.

El pronóstico del cáncer ha mejorado enormemente en las últimas décadas, gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos. No obstante, según la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS) 9,8 millones de personas fallecen cada año a causa del cáncer que padecen. Debido al diagnóstico tardío o características agresivas del propio tumor el cáncer es una enfermedad que en muchas ocasiones se convierte en una enfermedad terminal.

Se considera paciente terminal a aquel que cumple los siguientes aspectos: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; disminuida o nula posibilidad de respuesta hacia el tratamiento activo específico para la patología presente; presencia de sintomatología intensa, múltiple, multifactorial y cambiante; impacto emocional en el paciente, en la familia y/o el equipo terapéutico y pronóstico de una vida limitada a semanas o meses. Se considera paciente oncológico en fase terminal a aquél que presenta un diagnóstico histológicamente probado y exacto de cáncer, con posibilidades reducidas de respuesta hacia el tratamiento, y con un pronóstico de vida limitado.

La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento con intención curativa. Siendo de especial relevancia el control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales, donde la enfermería cobra un papel fundamental.

Es por ello, que los cuidados paliativos aseguran la vida, pero aceptando que la muerte es algo inevitable; no aceleran ni posponen la muerte; facilitan alivio del dolor y de otra sintomatología indeseable; proporcionan un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como como sea posible; brindan un sistema de apoyo a la familiar para afrontar la situación de la enfermedad y el duelo; efectúan una atención integrada e individual, cubriendo tanto los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes; el conjunto del paciente y la familia son la unidad a tratar y forman el núcleo fundamental. Sin embargo, la terminalidad no es sinónimo de muerte. Los pacientes con enfermedades terminales son sujetos que pueden y deben gozar de la mayor calidad de vida posible durante las etapas finales de su enfermedad.

Dependiendo de la enfermedad que padezca el paciente, la clínica o complicaciones derivadas de los estadios finales de su patología serán diversas. Sin embargo, hay una serie de síndromes o síntomas comunes a la mayoría de enfermedades terminales. Hay que destacar que el abordaje del paciente terminal debe ser multidisciplinar y dirigido tanto al paciente como a su familia para minimizar el dolor, el sufrimiento y aumentar al máximo la calidad de vida. En este sentido, la enfermería juega un papel fundamental.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas más frecuentes de los pacientes oncológicos terminales.
- Conocer el manejo de los signos y síntomas en los pacientes oncológicos terminales por los profesionales 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los signos y síntomas más frecuentes que desarrollan los pacientes oncológicos terminales son:

- Dolor: El dolor es una de las complicaciones que más de la mitad de los pacientes con cáncer presentarán a lo largo de la enfermedad, siendo este el más frecuente conforme avanza el estadio de la enfermedad. La causa más común dentro del cáncer es la invasión tumoral, destacando entre ellas la invasión ósea. A su vez, la alteración de las mucosas es otra de las causas de dolor por invasión.

La Organización Mundial de la Salud divide el dolor en dos grupos:

En primer lugar, encontramos el dolor nociceptivo: que se produce por una estimulación de los receptores nociceptivos. Dentro de este podemos distinguir entre el dolor somático (producido por la estimulación de receptores cutáneos y óseos. El paciente nos dice que es un dolor continuo y bien localizado) y el dolor visceral (producido por estimulación de las vísceras. El paciente refiere que es un dolor profundo y mal localizado). Este tipo de dolor presenta una respuesta positiva hacia el tratamiento de analgésicos, opiáceos y AINE convencionales. En el caso de lesiones tumorales óseas es característico el buen control analgésico con antiinflamatorios.

En segundo lugar, encontramos el dolor neuropático: caracterizado por la alteración de nervios periféricos o de la médula espinal. El paciente lo describe como un dolor quemante, en forma de calambres o descargas. Es un dolor de difícil manejo, es por ello que en múltiples ocasiones se decide realizar asociaciones

de diferentes fármacos, con especial respuesta positiva de los anticonvulsivos y los antidepresivos.

El dolor es una experiencia subjetiva, por lo que siempre debe valorarse médicamente. La escala más utilizada es la escala subjetiva EVA.

En cuanto al tratamiento farmacológico del dolor se utiliza desde el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el dolor leve, hasta la terapia invasiva en el peor de los casos. Según la intensidad del dolor se comienza desde uno u otro escalón.

El papel de la enfermería en el control del dolor es muy grande y relevante, ya que son los profesionales de enfermería quienes tienen una atención continuada de los pacientes y conocen la información necesaria acerca de la evolución y continuidad del dolor.

-Disnea: la disnea aumenta su incidencia a lo largo del progreso de la enfermedad. Guarda relación con el avance de la enfermedad cancerosa, y no existe un tratamiento antitumoral específico, por lo que el procedimiento que se lleva a cabo consiste en disminuir la sensación subjetiva de falta de aire.

El tratamiento que se lleva a cabo es la oxigenoterapia y los opiáceos (morfina) en causas irreversibles.

-Estreñimiento: el estreñimiento es uno de los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes oncológicos terminales. Está asociada a diferentes causas como la encamación, la obstrucción intestinal, la escasa ingesta hídrica y la disminución de la ingesta alimenticia, que conlleva una reducción en la masa fecal. Muchos de los fármacos que se utilizan en la terapia contribuyen al estreñimiento como son los opiáceos.

El tratamiento se basa en la administración de laxantes osmóticos y lubricantes como la parafina.

-Úlceras por presión: las úlceras por presión son lesiones cutáneas que se producen por la presencia de una presión continuada generalmente sobre prominencias óseas.

Debemos destacar que lo más importante es la prevención de estas, y se realiza mediante:

- Cambios posturales: se deben realizar cada 2-3 horas.
- Adaptar las necesidades del paciente con superficies especiales de apoyo como colchones adaptados o almohadas.

En cuanto al tratamiento se deben realizar diferentes cuidados:

- Aliviar la presión sobre los tejidos mediante cambios posturales y superficies de apoyo adecuadas.
- Cuidados de la úlcera por presión:

-Úlceras en estadio I: medidas locales de alivio de la presión mediante apósitos y uso de ácidos grasos hiperoxigenados.

-Úlceras en estadio II, III y IV: Desbridamiento.

La enfermería cobra una gran importancia en el tratamiento y prevención de las úlceras por presión, ya que son los encargados de realizar los cambios posturales necesarios, las diferentes curas y de adaptar las superficies según las necesidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es una de las causas de muerte de mayor importancia en los países desarrollados y es la segunda causa de muerte en España, 26,7% de las muertes en 2017. Alrededor de un 30% de las muertes producidas por cáncer se deben a una serie de factores de riesgo dietéticos y conductuales: índice de masa corporal elevado, consumo de alcohol y tabaco, falta de actividad física e ingesta reducida de frutas y verduras. Por todo ello cobra gran importancia realizar una adecuada prevención y educación sanitaria para prevenir estos acontecimientos. Sin embargo, si finalmente se diagnostica una neoplasia maligna es de suma importancia conocer los signos y síntomas más comunes que pueden sufrir los pacientes oncológicos, como son disnea, dolor, estreñimiento y úlceras por presión, ya que son los profesionales de enfermería quienes tienen una atención continuada de los pacientes y conocen la información necesaria acerca de su evolución.

6 Bibliografía

1. Tizón Bouza, E, Vázquez Torrado, R. Enfermería en cuidado paliativos: Hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Global [Internet]. 2004; 5: Disponible en: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ENFERMERIA-PALIATIVA.TIZON_.pdf.
2. Zamora Sánchez JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Gerokomos [Internet]. 2006 Jun [citado 2023 Jul 22]; 17(2): 51-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000200006&lng=es.
3. Lorenz KA, Lynn J, Dy Sm. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Inter Med. 2008; 148: 147-159.
4. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2008; Disponible en: <https://>

//www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/
eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf.

5. SEEO. [Internet]. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. 2020 [citado 22 julio 2023]. Disponible en: <https://seeo.org/>.

6. SEOM. [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020 [citado 22 julio 2023]. Disponible en: <https://seom.org/>.

Capítulo 27

INSULINA TÓPICA COMO TRATAMIENTO DE UNA ÚLCERA VASCULAR DE ETIOLOGÍA VENOSA EN MIEMBRO INFERIOR

PAULA HERRÁIZ PINO

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

EVA ALONSO GUADAMILLAS

1 Introducción

Es ampliamente conocido que las úlceras de etiología vascular conforman un grave problema de salud a nivel mundial y que provocan repercusiones a nivel sanitario, social y en términos económicos. Generan a su vez un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados.

El estadio con mayor avance de la insuficiencia venosa crónica lo constituyen las úlceras de etiología venosa. A continuación, se tratará un caso clínico de un paciente con una recidiva de una lesión en miembro inferior izquierdo de origen vascular-venoso. Se planteará un abordaje biopsicosocial. Concretamente en este caso, y a pesar de disponer de numerosas alternativas terapéuticas en el cuidado

de las heridas en miembros inferiores, debido a la tórpida evolución se optó por utilizar insulina tópica como tratamiento de esta lesión venosa.

La insulina es una hormona catabólica liberada por las células beta del páncreas cuyo objetivo fundamental es introducir la glucosa al interior de las células para ser utilizada por estas como principal fuente de energía. La insulina utilizada a nivel tópico presenta propiedades y efectos interesantes. Fue popular su uso, sobre todo en la década de los 60 y los 70, pero poco fue cayendo en desuso por falta de estudios.

La insulina está estrechamente relacionada con los factores de crecimiento insulínico (IGF) al favorecer la migración al lecho de la herida de los queratinocitos epidérmicos. También presenta efectos antiinflamatorios, anti-oxidativos y angiogénicos, pues promueve la creación de nuevos vasos en el lecho de las heridas y, como consiguiente, aumenta la vascularización y la proliferación del tejido de granulación.

Uno de los principales efectos adversos de la insulina en sangre son las hipoglucemias, pero, como ventaja, el uso tópico de la insulina no lleva asociado hipoglucemias a nivel sistémico ni otros efectos secundarios no deseables para el paciente tras su uso.

2 Objetivos

- Realizar un abordaje del caso de forma biopsicosocial.

3 Caso clínico

Se trata de un varón de 86 años que acude a consulta por presentar una lesión ovalada de 3,5 cm x 1,3 cm en el maléolo interno del miembro inferior izquierdo de, al menos, dos semanas de evolución. El paciente refiere una disminución en la calidad de vida debido al dolor, lo que ha afectado negativamente a sus actividades de la vida diaria como el ejercicio físico o las relaciones sociales. A la exploración destacan pulsos presentes, edemas en miembro inferior izquierdo, piel perilesional descamada y eritematosa y presencia de un exudado seroso moderado. Se realiza un índice tobillo brazo obteniéndose los siguientes datos: 1,1 en pierna izquierda y 1,05 en pierna derecha, ambos valores dentro de la normalidad.

En este manejo habría que tener en cuenta tanto el tratamiento de la lesión

como la educación para la salud en el control de hábitos (higiene y adherencia al tratamiento) con el fin de lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Como antecedentes personales destaca alergia a AINES, ser un paciente independiente para las actividades de la vida diaria (camina todos los días) y con un soporte familiar adecuado. Presenta Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento con dieta y ejercicio logrando así un buen control metabólico (hemoglobina glicosilada 6,33) e hipertensión arterial en tratamiento con Valsartán + Hidroclorotiazida 80mg/12,5mg. Tuvo un accidente cerebrovascular en abril de 2020 a raíz del cual actualmente mantiene profilaxis con Clopidogrel 75mg.

En 2007 fue diagnosticado de Insuficiencia venosa en miembros inferiores. El primer registro de la lesión en el sistema informático fue en agosto de 2008, cuando desarrolla una úlcera vascular de etiología venosa en miembro inferior izquierdo que comienza a curarse con hidrofibra de hidrocoloide con plata. En 2009, tras realizar una interconsulta a cirugía general y a dermatología, se diagnostica una dermatitis por insuficiencia venosa. En 2012 aparece otra nueva lesión, por lo que se decide utilizar una terapia de presión negativa, observando una leve mejoría, con menos tejido macerado y un comienzo de la granulación.

Un año después y sin obtener mejoría de la lesión aparecen esfacelos en el lecho, por lo que se inicia tratamiento con colagenasa y una vez realizado el desbridamiento enzimático se utiliza un sistema de vacío junto con corticoides en piel perilesional y vendaje no compresivo.

En 2015 se utilizó cadexómero iodado junto con vendaje no compresivo y, al no observar una adecuada evolución de la lesión, en enero de 2016 se inicia la terapia compresiva con un vendaje multicapa, reduciendo notablemente las medidas de la lesión y logrando, 8 años después, una mejoría clínica significativa. En diciembre de 2016 se pautan medias de compresión fuerte en el miembro afectado, lo que derivó en el cierre de la lesión en octubre de 2017.

El paciente mantuvo la integridad cutánea hasta enero de 2022, cuando acude a consulta. Tras la limpieza de la lesión se comienza a tratar con hidrofibra de hidrocoloide sin plata y con plata posteriormente. Al igual que en la lesión previa, al no observarse mejoría con el paso del tiempo, se decidió cambiar la pauta de tratamiento a cadexómero iodado tras un curetaje. También se utilizaron corticoides, crema barrera de zinc y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel perilesional.

Conociendo la tórpida evolución de este tipo de lesiones en nuestro paciente, la tendencia al estancamiento en el tiempo y habiendo probado todas las alternativas terapéuticas que estaban a nuestro alcance desde Atención Primaria, se valora la posibilidad de utilizar la insulinoterapia tópica en el manejo de la lesión. Se explica al paciente y a la familia el tipo de tratamiento y se pide consentimiento informado, el cual otorga de forma escrita.

El 23 de febrero de 2022 se comienza a utilizar insulina de acción rápida de forma tópica en el lecho de la lesión junto con una espuma sin bordes y una media de compresión fuerte. Las unidades de insulina se fueron reduciendo en función de los cambios de tamaño de la lesión. Las curas se realizaban dos veces al día (cada 12 horas) y gracias a la adherencia terapéutica del paciente y su familia, pudimos educar a su cuidadora principal para la realización de la técnica. En primer lugar, se procedía a la limpieza de la lesión con suero fisiológico y fomentos descontaminantes. Posteriormente se realizaba curetaje en el lecho de la herida para eliminar todo tejido no viable y cuidado de la piel perilesional mediante corticoides y crema barrera de zinc. Tras la mejora de la lesión se comenzaron a aplicar AGHO.

El 29 de abril de 2022 se logra el cierre completo de la lesión tras 66 días de evolución. Se recomienda al paciente continuar aplicando AGHO en el miembro afecto y mantener la media de compresión fuerte.

4 Discusión-Conclusión

El manejo de este caso clínico se ha realizado de manera biopsicosocial, teniendo en cuenta tanto el tratamiento de la lesión como la educación para la salud en el control de hábitos (higiene y adherencia al tratamiento) con el fin de lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Un aspecto muy importante para destacar ha sido el gran apoyo familiar y la inmersión de la familia en el tratamiento de la herida, pues sin ellos, debido a la pauta de curas, no habría sido posible el cierre de la lesión.

El punto de partida de este caso clínico fue un fracaso a diferentes alternativas terapéuticas, pues la lesión no respondía a ningún tratamiento utilizado anteriormente. La insulina tópica, a pesar de su aplicación en el lecho de la lesión cada 12 horas, demostró angiogénesis y formación de tejido de granulación en un periodo breve de tiempo.

Aunque no existe consenso en el uso de este fármaco en relación con el tipo de

insulina y dosis, esto podría abrir una puerta a la investigación enfermera en el cuidado y evolución de una herida compleja, teniendo siempre en el centro del tratamiento al paciente y buscando su pronta recuperación y mejora de su calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Bhattani MK, Rehman M, Altaf HN, Altaf OS. Effectiveness of Topical Insulin Dressings in Management of Diabetic Foot Ulcers. *World J Surg.* 2020 Jun 1;44(6):2028–33.
2. Zhang Z, Lv L. Effect of local insulin injection on wound vascularization in patients with diabetic foot ulcer. *Exp Ther Med.* 2016 Feb 1;11(2):397–402.
3. Zhang X jun, Wu X, Wolf SE, Hawkins HK, Chinkes DL, Wolfe RR. Local Insulin-Zinc Injection Accelerates Skin Donor Site Wound Healing. *Journal of Surgical Research.* 2007 Sep;142(1):90–6.
4. Dawoud MHS, Yassin GE, Ghorab DM, Morsi NM. Insulin Mucoadhesive Liposomal Gel for Wound Healing: a Formulation with Sustained Release and Extended Stability Using Quality by Design Approach. *AAPS PharmSciTech.* 2019 May 1;20(4).
5. Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Dec 1;111(10):829–34.
6. Wang J, Xu J. Effects of topical insulin on wound healing: A review of animal and human evidences. Vol. 13, *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy.* Dove Medical Press Ltd.; 2020. p. 719–27.

Capítulo 28

LA SALUD PÚBLICA: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS GENERALES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN: EL PAPEL DE ENFERMERÍA DENTRO DE LA SALUD PÚBLICA

LETICIA ANTUÑA GUTIÉRREZ

ELENA PEÑA RUBÍN DE CELIS

1 Introducción

La Legislación Española define la Salud Pública como el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir enfermedades, así como proteger, promover y recuperar la salud e las personas, tanto a nivel individual como colectivo. Esto se consigue gracias a intervenciones: sanitarias, sociales y transversales.

La bibliografía consultada defiende que la Salud Pública no debe estar únicamente regulada por la administración, sino por profesionales que puedan otorgar diferentes puntos de vista.

El término Salud Pública no es muy antiguo, hace más o menos 100 años que se utiliza este término, pero a lo largo de la historia es sabido que los diferentes pueblos tenían un objetivo en común que era la conservación de la salud. Los egipcios,

considerados el pueblo más higiénico, India pionera en la cirugía estética, los hebreos citaron ya las normas de aseo personal, Grecia da mucha importancia al ejercicio físico, pasaron a la historia como cultura de belleza. El Imperio Romano fue promotor de los baños públicos (ingeniería sanitaria).

En el siglo XIV se considera el inicio de la Salud Pública a manos del Estado, los cordones sanitarios para combatir la lepra. A finales del siglo XVIII, Jenner fue el inventor de la vacuna de la viruela es en el S XIX cuando John Snow se conoce como el padre de la epidemiología, ya que disminuyó la propagación del cólera. Las características de la Salud Pública son: descriptiva, normativa y práctica. Investiga condiciones sociales y sanitarias de grupos reducidos de población, organiza la atención a la salud de la población.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de Salud Pública y cuáles son sus características.
- Describir las funciones de la Salud Pública llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad.
- Señalar cuáles son los ámbitos de actuación de la Salud Pública.
- Puntualizar los objetivos generales de la Salud Pública.

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: Salud Pública, actuación, objetivos.

4 Resultados

El desarrollo de la Salud Pública depende del Estado. El Estado es el responsable de todas aquellas actividades que contribuyen a la salud de la población. Su enfoque es social más que individual y se lleva a cabo a través de Servicios de Salud. Mediante sus actividades protege el medio ambiente y a los individuos mediante el control de los contaminantes físicos, químicos y biológicos del agua, aire, suelo y alimentos. Las actividades de promoción y prevención de la salud: campañas de

vacunación, educación para la salud, detección y tratamiento precoz de algunas enfermedades.

El destinatario de las funciones es el medio ambiente y la comunidad, los medios son la Atención Primaria y Especializada.

Las funciones recogidas por el Medio de Sanidad según la Ley de Cohesión y Calidad (16/2003) y la Ley General de Sanidad (14/1986) son: información estadística, coordinación, vigilancia epidemiológica, protección, promoción de la salud ambiental, alimentaria así como laboral y prevención de enfermedades, la vigilancia y control de los posibles riesgos, determinación de medios para control, homologación de programas, la reglamentación, autorización, registro y homologación y la reglamentación sobre extracción y trasplante de órganos.

Los ámbitos de actuación son: protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, restauración de la salud y rehabilitación y reinserción.

Los objetivos generales e la salud pública son la vigilancia del estado de salud y necesidades de la población y aplicar medidas políticas de salud y garantizar las prestaciones sanitarias.

El papel de enfermería juega un papel relevante en la salud, haciendo intervenciones para la prevención de enfermedades e infecciones. Enfermería es educador para la salud, para fomentar unas buenas prácticas en la población para la promoción y prevención de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deben formarse en diferentes competencias en un centro de salud, el conocimiento y diferentes prácticas que influyen en el cumplimiento de las funciones esenciales.

La Salud Pública engloba actuaciones de saneamiento ambiental, laboral y control en la calidad de medicamentos y alimentos. Otras intervenciones van encaminadas a eliminar factores de riesgo y prevenir la enfermedad, favorecer actividades de diagnóstico precoz ante problemas y resolución de los mismos. Defender la salud y vida de vida saludables.

Para llevar a cabo la restauración de la salud hay que atender a dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada. Por último, fomentar la rehabilitación y reinserción mediante mecanismos de recuperación e incorporación aplicados a través de diferentes programas sanitarios.

6 Bibliografía

1. Salud Pública [Internet]. Gob.es. [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>.
2. BOE-A-2011-15623 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública [Internet]. Boe.es. [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>.
3. Funciones esenciales de salud pública [Internet]. Paho.org. [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>.
4. Super User. Institucional [Internet]. ConsejoGeneralenfermeria.org. 2022 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/informacion>.
5. Enfermero D. Expertos en Salud Pública destacan el papel esencial de Enfermería en un ámbito donde son grandes desconocidas [Internet]. Noticias de enfermería y salud. Diario Enfermero; 2022 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/expertos-salud-publica-papel-esencial-enfermeria-ambito-grandes-desconocidas/>.
6. Alvarez-Dardet C, Gascón E, Alfonso MT, Almero A. Los orígenes de la enfermería de salud pública. Gac Sanit [Internet]. 1988 [citado el 31 de agosto de 2023];2(9):290–3. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-los-origenes-enfermeria-salud-publica-articulo-S0213911188709437>.

Capítulo 29

PROTOCOLO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA COLUMNA LUMBAR

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

JOSE ANTONIO SERNA DEL ALAMO

1 Introducción

Con la edad, se inicia una cascada degenerativa en la columna lumbar, que comienza en el disco intervertebral, continuando por las facetas articulares y demás elementos vertebrales. Esta degeneración del raquis forma parte del envejecimiento normal del individuo, aunque en ocasiones puede causar dolor y/o alteraciones neurológicas.

Factores condicionantes de la degeneración discal:

- Edad
- Factores genéticos
- Factores ambientales

GRUPOS SINDRÓMICOS DE LA COLUMNA LUMBAR DEGENERATIVA

1. Discopatías y lesiones por sobrecarga: disfunción del disco, sin que existan aún signos de inestabilidad.

1.1. Síndrome de disrupción interna de Crock: Existe una rotura de la arquitectura interna del disco, acompañada de dolor discógeno, y en ausencia de compresión de la raíz nerviosa.

1.2. Hernia discal: salida del núcleo pulposo de su localización normal.

1.3. Síndrome facetario: Inflamación de las articulaciones facetarias que causa distensión sinovial que puede comprimir fácilmente una raíz nerviosa y generar el dolor irradiado.

2. Inestabilidades dinámicas: es la inestabilidad del segmento móvil de la columna, siendo el disco y las articulaciones los elementos más importantes de este segmento.

3. Estenosis:

3.1. Estenosis con inestabilidad estática: o Listesis degenerativa: desplazamiento anterior de una vértebra con respecto a la anterior. o Subluxación rotatoria: mal alineamiento de las apófisis espinosas y entre dos cuerpos vertebrales. o Escoliosis degenerativa: se caracteriza por dolor, rigidez de las curvas, síntomas neurológicos por síndromes de estenosis del canal, predominio de curvas lumbares con cifosis asociada, artrosis de las articulaciones interapofisarias y degeneración de los discos lumbares inferiores.

3.2. Estenosis sin inestabilidad estática: o Canal lumbar estrecho: Es el estrechamiento patológico del canal raquídeo, del receso lateral y/o del foramen, teniendo la mayoría de los casos origen degenerativo.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

- Artrodesis: cirugía para fusionar de manera permanente dos o más vértebras, para que no haya movimiento entre ellas. Consiste en la combinación de un sistema de estabilización mecánica de varios segmentos vertebrales con una sustancia biológica que promueva la osteosíntesis.

La estabilización mecánica se hace con unos tornillos que se introducen a través del pedículo de la vértebra hasta el cuerpo vertebral. Para realizar este procedimiento tienes que realizarla a través de dos o más vértebras. Al poner los tornillos se termina de fijar poniendo unas barras que unen los dos tornillos de una vértebra a otra. Además, estas barras se fijan a los tornillos a través de bulones.

- Discectomía: cirugía para extirpar toda o parte de una almohadilla que separan los huesos de la columna, llamadas discos, y que ayuda a proteger la columna vertebral.

- Laminectomía: cirugía para extirpar parte de hueso que constituye una vértebra en la columna, la lámina. También se hace para extirpar espolones óseos en la

columna. Este procedimiento puede aliviar la presión de los nervios raquídeos o de la medula espinal. La laminectomía abrirá el conducto raquídeo de manera que los nervios raquídeos tengan más espacio.

- Foraminotomía: cirugía para ensanchar la abertura en la espalda por donde las raíces nerviosas sale del conducto raquídeo, la escotadura vertebral inferior. Libera la presión de un nervio en la columna vertebral, lo cual le permite a esta moverse más fácilmente.

2 Objetivos

Explicar el protocolo de enfermería que se debe seguir en una intervención quirúrgica de columna lumbar y sus complicaciones por la posición del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática con diferentes buscadores como Google Académico, PubMed y CUIDEN entre otros, además de revisar algunos libros y guías de práctica clínica. Tras un análisis del contenido de ellos, se seleccionaron 6 artículos, de los cuales se extrajo información para realizar el protocolo de una intervención quirúrgica de columna lumbar.

Palabras clave: Intervención quirúrgica, columna lumbar.

4 Resultados

OBJETIVOS ACTUACION ENFERMERÍA:

Previo a la cirugía:

- Quirófano en condiciones ideales: Prever necesidades y material.
- Preparación adecuada paciente.

Durante el acto quirúrgico.

- Mantener al paciente en condiciones óptimas.
- Garantizar asepsia y desarrollo adecuado de la intervención quirúrgica.

Posterior a la intervención.

- Garantizar traslado seguro a Reanimación.
- Recoger y reponer quirófano.

PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO

Revisar:

- Carro medicación + circulatorio: Preparar medicación.

- Carro vía aérea: Preparar para intubación traqueal.
- Respirador anestesia y monitor: Reposición Sevoflurano.
- Aspiradores.
- Electro bisturí.

PREPARACIÓN ESPECÍFICA: Preparar material para intervención y paciente concreto.

- Instrumental: cajas necesarias.
- Fungible: general y específico.
- Anestesia: material y medicación.
- Material extra: accesorios de mesa necesarios, motores, mesas auxiliares, taburetes, alzas...

LLEGADA DEL PACIENTE:

- Recepción y acogida paciente.
- Presentación al paciente.
- Procurar ambiente relajado y confortable: contacto (visual y físico) y lenguaje (claro, sencillo), intimidad y dudas.
- Identificación paciente y patología: nombre, apellidos, edad, NHC, diagnóstico y tratamiento quirúrgico programado.
- Evaluación pre quirúrgica.

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA:

- Alergias y ayunas.
- Enfermedades y medicación actual.
- Vías: número, localización, funcionamiento...
- Profilaxis antibiótica.
- Sondajes.
- Preoperatorio y sangre cruzada.
- Estado general: limitaciones.
- Valoración estado psicológico: tranquilo, colaborador, orientado, ansioso, agitado, demenciado...

ENTRADA AL QUIRÓFANO:

- Dirigir/ayudar el traslado de la cama al lado de la cama del quirófano.
- Monitorización en la misma cama del paciente: EKG, satO2, PA: pulsioxímetro en brazo donde está la vía venosa periférica y manguito de la tensión arterial en el contrario.

- Colocación paciente para anestesia: en la misma cama del paciente iniciar la anestesia general. Ayudar al anestesista con la medicación y con el material de la intubación traqueal.
- Preparar al paciente para la intervención: vía venosa periférica, vía arterial, sondaje.
- Colocación del paciente en la cama del quirófano.

COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN LA CAMA DEL QUIRÓFANO:

- Mover al paciente en bloque.
- Decúbito prono: para esta posición es necesario colocar unos dispositivos de apoyo.
- Evitar complicaciones de la posición decúbito prono.

POSICIÓN DECÚBITO PRONO Y COMPLICACIONES:

- Dispositivo de apoyo de la cabeza en forma de herradura: se utiliza para evitar la lateralización excesiva de la cabeza y de la columna cervical, así evitamos: o Repercusiones corneales: evitar las compresiones extrínsecas que comprometen la vascularización intraocular. o Repercusiones nerviosas: evitar las compresiones de los nervios facial, bucal y lingual y del plexo cervical por rotación forzada. o Repercusiones osteoarticulares: por lateralización excesiva de la columna cervical.
- Dispositivos de apoyo colocados debajo del tórax y de las crestas ilíacas: o Repercusiones respiratorias: evitar la compresión abdominal contra la mesa de operaciones y permitir una expansión máxima del tórax. o Repercusiones cardiovasculares: dispositivos permiten reducir la compresión abdominal. En decúbito prono, la presión abdominal y la compresión de la vena cava inferior son responsables de inestabilidad hemodinámica. o Repercusiones cutáneo-mucosas: evitar los territorios más expuestos.
- Dispositivo de apoyo de los pies: Evitar los territorios más expuestos como las puntas de los pies.

En decúbito prono, los brazos pueden colocarse a los lados del cuerpo o separados de este sobre dispositivos de apoyo, también.

INTERVENCIÓN:

- Preparar todo el material necesario.
- Realizar lavado quirúrgico.
- Ponerse bata y guantes con técnicas adecuadas.
- Preparar mesa quirúrgica y campo quirúrgico.
- Preparar instrumental: La caja de instrumental que siempre se utiliza en cualquiera de las intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar es la caja de

laminetomia, y además si ya realizamos una artrodesis se utilizaría la caja de instrumental sfs para poder colocar los tornillos, las barras y los bulones.

Siempre en cualquier intervención utilizamos:

1. Gasas.
2. Compresa.
3. Batas estériles.
4. Guantes estériles.
5. Bateas.
6. Mangos de la luz.
7. Jeringas y avocats.
8. Aspirador.
9. Bisturí eléctrico.
10. Bipolar.
11. Sabanas estériles.
12. Grapadora
13. Hilos para cerrar la incisión.

Instrumental laminectomia:

14. Separador hemostático.
15. Gubia normal y pico de pato.
16. Martillo.
17. Cucharilla.
18. Periostotomo.
19. Separador de raíz.
20. Disector.
21. Gancho de nervio.
22. Mosquito.
23. Dandi.
24. Porta.
25. Tijeras.
26. Aspiradores metálicos.
27. Separados de faraver.
28. Bisturí.
29. Pinzas con dientes.
30. Bayoneta.
31. Pinzas de campo o Cangrejos.
32. Pinza de disco.
33. Laminotomo, kerrison.

Además si realizamos artrodesis se utiliza más material y el más importante es:

34. Punzón.

35. Estefi.

36. Palpador.

- Recogida de muestras y vigilar no se extravíen.
- Contaje de gasas, agujas y compresas total.
- Limpieza y desinfección de la herida.
- Colocación apósitos, reservorios, drenajes, etc.

FIN INTERVENCIÓN:

- Retirar material del campo quirúrgico.
- Asegurarse que no queda nada entre los paños.
- Retirar mesas quirúrgicas: agujas y punzantes al correspondiente contenedor, instrumental utilizado abierto para limpieza y desinfección.
- Preservar intimidad del paciente
- Comunicar a circulante implantes colocados: ayudar a la correcta cumplimentación de la hoja de implante.
- Ayudar al anestesiólogo durante el despertar: medicación, aspiradores, extubación.
- Avisar celador para traslado cama: mismo proceso que anteriormente.
- Comprobar el correcto estado de catéteres, vías, SNG y apósito, antes de salir de quirófano.
- Traslado del enfermo a Reanimación: oxigenoterapia, ambú y mascarilla, ventilador de transporte, si es necesario, medicación...
- Registro actividad: hoja de circulante.
- Retirada todo el aparataje utilizado.
- Tramitar reposición de implantes-prótesis: formulario de hoja de implante.
- Avisar al personal de limpieza: instrucciones si limpieza especial, según protocolos.
- Reponer el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo se pretende dar a conocer que las intervenciones quirúrgicas de columna lumbar no siempre se realizan por fractura de vértebra, como se piensa normalmente. Estas intervenciones se realizan la mayoría de las veces por compresiones de las raíces nerviosas, que son las que causan dolores de espalda, incluso irradiados a piernas, y el adormecimiento de alguna o ambas pier-

nas. Además, hemos revisado las complicaciones que puede tener la posición de decúbito prono que se utiliza para realizar las intervenciones de columna lumbar. Por último, también se pretende que se sepa cómo trabaja una enfermera dentro de un quirófano durante una intervención de columna lumbar, y sobre todo los cuidados de enfermería que se deben realizar al paciente.

6 Bibliografía

1. Cano-Gómez C., Rodríguez de la Rúa J., García-Guerrero G., Juliá-Bueno J. y Marante-Fuertes J. Fisiopatología de la degeneración y del dolor de la columna lumbar. *Rev. esp. cir. ortop. traumatol.* (Ed. Impr.). 2008; 52: 37-46.
2. Ospina A., Campuzano D., Hincapié E., Vázquez L.F., Montoya E., Zapata I.C., et al. Eficacia del bloqueo facetario en pacientes con síndrome facetario lumbar. *Rev. Colomb. Anestesiología.* 2012; 40(3): 177-182.
3. Ruiz Santiago F., Castellano García M.M., Guzmán Álvarez L. y Tello Moreno M. Tomografía computarizada y resonancia magnética en las enfermedades dolorosas del raquis: aportaciones respectivas y controversias. *Radiología.* 2011; 53(2): 116-133
4. Fuster S., Núñez M., Esteban P. L., Fernández-Valencia J. A., Núñez E. y del Val J. L. Escoliosis degenerativa del adulto: resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev. Ortop. Traumatol.* 2006; 50:125-31.
5. Guerado Parra E. Osteogénesis terapéutica en cirugía del raquis. Bases científicas de la artrodesis vertebral. I: fundamentos biomecánicos. *Rev. Ortop. Traumatol.* 2005; 49(Supl. 1):29-45.
6. Deleuze M., Molliex S., Ripart J. Complicaciones de las posiciones quirúrgicas. *Anestesia-Reanimación.* Elsevier Masson SAS. 2009.

Capítulo 30

LA ENFERMERÍA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva nos ayuda a dar al paciente un soporte de ventilación artificial, o bien con un tubo endotraqueal, o si el paciente tiene una traqueostomía por medio de una mascarilla facial, o nasal, que se cierra como si fuera un casco en la cabeza.

Para que este tipo de ventilación funcione correctamente, todo el personal sanitario debe de conocer cómo se pone y se quita, sobre todo en las primeras horas que nos indicara si está todo correcto y el paciente va notando mejoría. Este tipo de ventilación siempre se realiza en los servicios cerrados como lo es la unidad de cuidados intensivos (UCI), ya que de un 30-70 % de pacientes que están hospitalizados en la unidad llevan este tipo de tratamiento para su mejoría. Este tipo de respiradores nos suele dar presión positiva o negativa según su utilización y los parámetros que nos haya indicado el médico para su uso.

La comunicación que debemos de tener el personal sanitario con todos los pacientes que se están tratando con este tipo de ventilación mecánica se convierte en un reto para todo el personal sanitario, para los propios pacientes en su total mejoría y para todos sus familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las pautas de actuación de Enfermería para ofrecer una buena calidad asistencial a los pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, PubMed y Google Scholar.

Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con ventilación mecánica y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, ventilación mecánica, respiradores.

4 Resultados

Cuando se decide en la unidad de cuidados intensivos que el paciente crítico necesita ventilación mecánica no invasiva (VMNI) la mayoría de las veces se emplea en enfermedades como la EPOC.

Las ventajas de uso del respirador o ventilación mecánica son las siguientes:

- Se intercambian gases de oxígeno y ventilación.
- Se controlan los síntomas como la disnea.
- Mejora la fatiga y favorece los músculos respiratorios en reposo.
- Mejora la calidad de vida del paciente.
- Se aplica de forma intermitente.
- Se puede retirar fácilmente y volver a poner en caso urgente del paciente que lo necesite.
- El paciente aunque tenga ventilación mecánica puede toser, expectorar, etc.
- No sedan al paciente profundamente.
- Y también evita la obligatoriedad de llevar la sonda nasogástrica.
- Evita las infecciones nosocomiales.

- Reduce la atrofia respiratoria que está inducida por el respirador.

Y sus inconvenientes son los siguientes:

- Necesita mucho más tiempo en inversión por el personal sanitario, sobre todo las primeras horas que lo lleva conectada, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

- No puede llevar mascarilla quirúrgica.

- Puede tener fugas de aire por un mal sellado.

- Tiene dificultad a la hora de aspirar secreciones. Los cuidados que requiere el paciente deben de tener como finalidad prevenir, disminuir y resolver las complicaciones que puedan surgir con los respiradores y se solucionen a tiempo, para no dañar el estado del paciente.

Siempre que el paciente esté con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) debemos de tenerlo monitorizado para saber sus constantes vitales, vigilar las zonas de fricción y presión en la piel para que no se formen las úlceras por presión.

La actuación del personal sanitario después de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) siempre van a mejorar el estado de salud del paciente, como tenerlo colocado en una posición cómoda, eliminar las secreciones mediante aspiración de sonda, hidratar las mucosas y administrar oxigenoterapia si el médico lo deja prescrito y recoger todo el material que se emplea con el paciente para desinfectarlo y esterilizarlo para su mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica invasiva asistida se ofrece a los pacientes para facilitar una mejoría en la respiración, ya que ayuda a mover un volumen de aire dentro de los pulmones y al exterior por la unidad del tiempo que normalmente suele ser un minuto, porque así es la respiración normal sin ayuda mecánica.

Tras la investigación llevada a cabo se constata la importancia de unos cuidados especiales por parte del profesional de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva, con los cuales se consigue el bienestar del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Aportar al paciente unos cuidados que se basen en la efectividad de la actuación enfermera supone tener un buen plan de cuidados y mejorar la práctica profesional.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica eficaz y sencilla para tratar la insuficiencia respiratoria y también sirve en algunos pacientes con dificultades para la desconexión de la ventilación mecánica convencional. Actuar correctamente utilizando las técnicas adecuadas para mantener la ventilación

mecánica no invasiva en el paciente nos hace mejorar en su calidad de vida y en el tratamiento del mismo, sin dejar atrás la propia colaboración del paciente, fundamental para disminuir la ansiedad y facilitar su confort.

6 Bibliografía

1. Pérez PJ. Ventilación Mecánica. Madrid: Fundación Española del Corazón. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacionparapacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html>.
2. Del Castillo Otero D, Cabrera Galán C, Arenas Gordillo M, Valenzuela Mateos F. Ventilación mecánica no invasiva. Neumosur. 2003.
3. Vergara Olivares JM. coordinador. Protocolos Clínico Terapéuticos en Urgencias Extrahospitalarias. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2013.

Capítulo 31

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATÉTER SWAN - GANZ

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

1 Introducción

El manejo hemodinámico de los pacientes críticos, se basa en el conocimiento de una serie de variables fisiológicas, las cuales, influyen sobre parámetros como la precarga, postcarga, contractilidad cardíaca y como consecuencia, sobre el gasto cardíaco.

El método clásico y el más utilizado en las unidades de intensivos en las últimas décadas, es el catéter Swan-Ganz. Es un dispositivo a través del cual podemos medir la presión en la aurícula derecha, ventrículo derecho y la arteria pulmonar. Además, la medición de la presión capilar pulmonar, que se obtiene, mediante el enclavamiento de un pequeño balón en el capilar de la arteria pulmonar, se puede obtener la presión telediastólica o precarga del ventrículo izquierdo.

Otros parámetros que se pueden obtener a través de este sistema, son la saturación venosa mixta y el gasto cardíaco.

El sistema PICCO (pulse contour cardiac output), gasto cardíaco por análisis del contorno de la onda de pulso, es una alternativa cada vez más en alza al catéter Swan-Ganz en determinadas situaciones. El PICCO es un sistema de monitorización hemodinámica que combina la técnica de termodilución pulmonar y la técnica del análisis del contorno de la onda de pulso arterial para calcular el gasto cardíaco y otros datos que aportan información valiosa sobre la precarga y postcarga del paciente.

El dispositivo utiliza una serie de catéteres para obtener los datos:

1. Un catéter venoso central, que se conecta a un sensor de temperatura, mediante el cual inyectamos 15ml de s. salino frío (8 °C), hasta en 3 ocasiones, para realizar la calibración del monitor. El acceso venoso utilizado puede ser una vena subclavia, femoral o yugular.
2. Un catéter arterial de 4 french con un termistor en la punta que mide la presión y la temperatura en la arteria en la que se aloja. Pudiendo ser: femoral, braquial, axilar o radial. Se utiliza la arteria femoral en la mayoría de ocasiones.
3. Un monitor PICCO2. El monitor presenta una gran cantidad de parámetros hemodinámicos, que se pueden clasificar en; aquellos que se obtienen puntualmente, derivados de la calibración del monitor y aquellos otros que el monitor refleja de forma continua al estar conectado al paciente, que son derivados de la medición continua de la onda de pulso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer cómo manejar el sistema de monitorización PiCCO.

Objetivo secundario:

- Exponer los cuidados de enfermería a pacientes con sistema de monitorización PiCCO.

3 Metodología

Se ha procedido a la realización de una revisión teórica sistemática de artículos científicos y bibliográficos, protocolos de enfermería y otros estudios, con la ayuda de una búsqueda exhaustiva, en bases de datos como: Google académico, Pubmed, Embase, Cinhals, Busca VBCgsalud y buscadores booleanos como AND, OR, NO.

4 Resultados

Para iniciar el manejo del monitor PICCO, es necesario proceder a la calibración del aparato, una vez canalizados los accesos vasculares mencionados anteriormente (una vía central y un catéter arterial).

Se procede a inyectar una jeringa con suero salino a 8° C, el volumen del líquido a inyectar vendrá determinado por el peso y la talla del paciente, aproximadamente unos 15 ml de suero salino.

La inyección del suero será inferior a 5 segundos, y siempre a través de la luz distal de la vía central en la que se encuentra el sensor de temperatura externo. Se recomiendan 3 diluciones para la calibración del sistema, que se pueden ampliar, si alguna de ellas tuviera que ser desestimada por reflejar unos datos muy dispares respecto al resto de mediciones.

Para un correcto funcionamiento y aplicación de los parámetros obtenidos, se deben realizar calibraciones cada 8h, incluso menos tiempo si la situación del paciente lo requiere.

Es necesario introducir la PVC, el peso y la talla del paciente, entre otros parámetros, cada vez que se procede a una nueva medición.

Los parámetros derivados de la calibración puntual del monitor serían:

- Gasto cardíaco (GC), que es la cantidad de sangre bombeada hacia la aorta a través del ventrículo izquierdo.
- Agua extravascular pulmonar (EVLm), es la cantidad de líquido extravasado de los vasos pulmonares al intersticio y /o alveolos.
- Volumen de sangre intratorácico (ITBV), es la cantidad de sangre que hay en el sistema venoso central.
- Índice de función cardíaca (CFI), es el gasto cardíaco dividido por el área de superficie corporal.
- Fracción de eyección global.

Aquellos otros datos que se obtienen mediante la medición continua de la onda de pulso son:

- Gasto cardíaco continuo (GCC).
- Volumen sistólico (VS), cantidad de sangre que el corazón bombea en cada latido.
- Variación de la presión de pulso (VPP), permeabilidad pulmonar vascular.
- Variación del volumen sistólico (VVS), variación del volumen sistólico.
- Índice de contractilidad del ventrículo izquierdo.

5 Discusión-Conclusión

El manejo del aparataje en las unidades de cuidados intensivos y su constante actualización son una necesidad y un reto constante para enfermería, ya que de su correcto funcionamiento y mantenimiento, dependen, a posteriori, el manejo del paciente por parte de los facultativos, con base en los resultados obtenidos de los diferentes parámetros que se obtienen, en este caso, en la medición del monitor PICCO.

Para enfermería es indispensable el manejo y conocimiento adecuado del aparato, incluyendo, por supuesto, los límites en que los parámetros que se obtienen son adecuados a la situación del paciente o representan una situación crítica en la que las lecturas de los parámetros deberían ser puestas en conocimiento del facultativo correspondiente.

Por todo lo anterior expuesto, es una necesidad imperiosa que el personal de enfermería de los servicios de unidades de intensivos se encuentre debidamente preparado e instruido en el uso y colocación del monitor PICCO.

6 Bibliografía

1. Muriana Jiménez R, Oliva Cesar A, Rodríguez Flores R. Cuidados de Enfermería a pacientes con monitorización PICCO. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Mar-Abr.
2. Tejada M. El Paciente Agudo Grave: Instrumentos diagnósticos y terapéuticos. 1ª ed. Madrid: Masson; 2005.
3. Asuero de Lis MS, Reverte Asuero C, García Rueda C. Conceptos y Filosofía de la Monitorización. En: De la Quintana, FB. Monitorización en Anestesia, Cuidados Críticos y Medicina de Urgencias. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2004.
4. Asensio Merino F, Muñoz Ávalos N, Asuero de Lis MS. Alarmas y Monitorización. En: De la Quintana, FB. Monitorización en Anestesia, Cuidados Críticos y Medicina de Urgencias. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2004.
5. De la Quintana FB, López López E. Compendio de Anestesiología para Enfermería. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2007.
6. L A. Martín Vivasa , S. Saboya Sánchezb , M. Patiño Rodríguezc , J.A. Silva Obregónd , S. Gómez Rosadod y J.J. Blanco García. Monitorización hemodinámica:Sistema PICCO.Enfermería intensiva 2008.

Capítulo 32

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUE PADECE DE LINFEDEMA A CAUSA DE UN CÁNCER DE MAMA

FABIOLA MARTÍNEZ ÁVILA

ALICIA MANRIQUE RUIZ

ALICIA PERAIRA MORAL

HERNÁN GARCÍA-OCHOA SEGUIDO

LAURA GARCÍA PUÑAL

1 Introducción

El sistema linfático fue descubierto por Thomas Bartholin y por Olaus Rudbeck a la vez, pero quien primero lo publicó fue Thomas Bartholin.

Es la acumulación de linfa en los espacios intersticiales, principalmente en el tejido adiposo subcutáneo, y esto es debido a la dificultad en el retorno de la circulación linfática. No suele desarrollarse de forma brusca, los primeros síntomas van a ser la sensación de pesadez o el endurecimiento de algunas zonas, siendo las más frecuentes las que soportan presión.

El líquido del linfedema es rico en proteínas y fibroblastos, con lo cual tiende a producirse fibrosis en la dermis y del tejido celular subcutáneo, a su vez ocasiona

obliteración progresiva de los linfáticos dérmicos y más acumulación del líquido del linfedema, todo esto lleva a un contenido inferior de oxígeno, mayor distancia entre los vasos linfáticos debido a la inflamación y la acumulación de fluido, deteriorando el drenaje linfático y reduciendo la función macrófaga, poniendo al paciente en riesgo de padecer infecciones y celulitis.

Es una enfermedad crónica e invalidante, y para poder ser corregido debe diagnosticarse lo más precozmente posible, por eso realizaremos una anamnesis, exploración física y pruebas diagnósticas ante cualquier sospecha.

Los factores de riesgo que están relacionados con el desarrollo del linfedema son:

- Sobrepeso y obesidad.
- Edad avanzada.
- Artritis reumatoide o psoriásica.
- Cáncer de mama.
- Disección ganglionar en la región axilar.
- Radioterapia en la región axilar.
- Cicatrización.
- Tumores intrapélvicos o intraabdominales.

2 Objetivos

- Estudiar los factores de riesgo que influyen en la aparición del linfedema.
- Identificar la sintomatología precozmente para poder actuar con el tratamiento más adecuado, evitando así, en la manera de lo posible, las complicaciones.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando la base de datos de Google académico, Medline, Scielo, CDC y también se han revisado artículos sanitarios para poder obtener una información más completa.

Las palabras claves han sido: historia, manifestaciones, tratamiento, complicaciones, cuidado de enfermería, linfedema.

4 Resultados

En la revisión se ha encontrado la existencia de dos tipos de linfedema:

- Primario, es el más común en el que los ganglios como los vasos linfáticos son anormales o no existen. Es más frecuente la afectación de las extremidades inferiores y rara vez son bilaterales.

Estos a su vez pueden ser hereditarios apareciendo en edades muy tempranas como la enfermedad del Milroy y no hereditarios que aparecen en la pubertad.

- Secundarios, este tipo de linfedema es más frecuente que el primario y su causa normalmente es por obstrucción o interrupción del sistema linfático, los principales sitios de obstrucción son los ganglios pélvicos, inguinales y axilares.

Este tipo de linfedema lo desencadenan los tumores, extirpación o radiación de ganglios, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, insuficiencia venosa crónica y la insuficiencia angiovenosa.

El linfedema va a pasar por cuatro estadios:

- En el 1.º Estadio:

Va a existir pesadez, pero no hay aumento en la circunferencia del miembro afectado, aquí el edema es reversible, aparece al final del día y desaparece tras el descanso de la noche.

- En el 2º Estadio:

El edema todavía es reversible y al tacto es blando, no desaparece espontáneamente, requiere de tratamiento adecuado.

- En el 3.º Estadio aquí el edema ya es irreversible y se asocia a fibroesclerosis de consistencia dura presentando papilomatosis y fistulas arteriovenosas. En el último estadio el edema, además de ser irreversible, consistencia dura y fibrosa, tenemos que añadir hiperqueratosis y fistulas linfáticas.

Para valorar los ganglios linfáticos se van a utilizar el TAC, la resonancia magnética, ecografía, linfografía directa convencional y linfogammagrafía, además del examen físico.

Además, enfermería debe estar muy atenta a la alteración de la imagen corporal debido al aumento del perímetro, al deterioro de la perfusión tisular debido al edema, también al riesgo de infección, desequilibrio térmico, deterioro de la movilidad del miembro afectado, deterioro de la integridad cutánea porque la piel es más frágil, si no se tiene en cuenta todo esto la enfermedad evolucionará a los estadios descritos anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando la labor de la enfermera en el tratamiento del linfedema es muy importante. Una buena profilaxis en pacientes quirúrgicas de mama es importante para evitar riesgos y consecuencias graves. Por tanto, el

conocimiento de los principios de higiene y alimentación, así como de los procedimientos y precauciones dados en cada departamento, ayudará a la enfermera a actuar eficazmente ante esta enfermedad.

Por desgracia este tipo de problema es bastante elevado en España, por ello lo que se intenta, dentro de esta enfermedad que es de por vida, es que los pacientes puedan estar lo más cómodos posibles dentro de lo aparatoso que es este tipo de dolencia.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/lymphedema/symptoms-causes/syc-20374682>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/lymphedema.html>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/lymphedema/symptoms-causes/syc-20374682?p=1>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001117.htm>.

Capítulo 33

BIOFILM COMO FACTOR DE RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN

ANDREA GÁLLEGO ALISES

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

PAULA HERRÁIZ PINO

EVA ALONSO GUADAMILLAS

1 Introducción

El biofilm se define como "comunidad de microorganismos adheridos a una superficie, protegiéndose contra las defensas del huésped y de gran parte de agentes antimicrobianos". Además, está implicado en 80% de las infecciones bacterianas, presente en 60% de las muestras de desbridamiento. Es confundible con otros tejidos desvitalizados del lecho de la herida, lo que hace complicada su exploración visual ante un clínico inexperto. La errónea detección del biofilm enlentece el proceso de cicatrización y produce inflamación que afectará a la fase de granulación y epitelización. La formación de biofilm se da mediante las siguientes fases: adhesión reversible a la superficie (una correcta actuación evitará el avance al segundo paso) y adhesión irreversible a la superficie.

Varios gérmenes independientes, células planctónicas, quedan sobre el lecho de la herida y se agrupan. Después, las bacterias segregan una sustancia extracelular, la cual rodea la colonia en crecimiento y actúa como barrera desafiando la

inmunidad del huésped. Seguidamente, las células microbianas proliferan y otros microorganismos se unen al biofilm. Esta biopelícula crece y se diferencia. El sistema inmunitario del huésped reconocen la presencia de los microbios pero actúa de forma incorrecta (formación excesiva de neutrófilos, citoquinas proinflamatorias y proteasas) que éstas, de forma mantenida en el lecho que no ayudarán en el proceso de cicatrización, sino que por el contrario destruirá tejido y provocará aumento en la permeabilidad capilar, la cual proporciona nutrición a la biopelícula. La formación del biofilm puede darse en dos horas y su maduración de 48 a 72 horas. Este se caracteriza por infección sostenida más de un mes a pesar de antibioterapia, presencia de tejido gelatinoso y brillante que se retira con facilidad pero que vuelve a aparecer.

2 Objetivos

Mostrar la importancia del diagnóstico diferencial del tejido no viable del lecho de la herida para poder instaurar tratamiento adecuado y disminuir tiempos de cicatrización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 el análisis realizado se obtuvieron las siguientes recomendaciones para la práctica clínica:

- Las muestras obtenidas por biopsia se consideran las muestras más fiables para detectar la existencia de biofilm en el lecho de las heridas.
- No está recomendado el uso de hisopos para la recogida de muestras de biofilm.
- Signos clínicos que caracterizan al biofilm son las siguientes: capa brillante, translúcida y de aspecto baboso en el lecho, el cual a pesar del desbridamiento quirúrgico vuelve a formarse y a encontrarse en el lecho en la próxima cura.

- Si parece más efectivo el desbridamiento quirúrgico que el enzimático o autolítico puede tratarse de biofilm.
- Se recomienda utilizar soluciones descontaminantes con tensioactivos y conservantes antimicrobianos, ya que éstos son efectivos para interrumpir la formación de biofilm. Por ejemplo: polihexametileno de biguanida.
- Se recomiendan antimicrobianos tópicos (Yodo, PHMB, Plata, Dacc) posterior al desbridamiento quirúrgico para evitar o atrasar lo máximo posible la adhesión de microbios planctónicos y para matar toda biopelícula interrumpida o dispersa.
- La colonización de bacterias Gram negativas (*Pseudomonas* o la *Klebsiella*) se relaciona con la aparición de biofilm.
- Las terapias avanzadas en la actualidad son la última tendencia en las heridas que presentan biofilm; éstas son la terapia larval, apósito multifuncional y terapia de presión negativa (TPN). La TPN consiste en aplicar manera continua presión subatmosférica positiva sobre el lecho de la herida, generando un entorno tisular hipóxico que reduce el edema del tejido. Así mismo, disminuye la contaminación bacteriana y controla el exudado; este procedimiento puede combinarse con irrigación tópica (octenidina o povidona yodada) posterior al desbridamiento ya que contribuye al control de infecciones. Además también encontramos la utilización de apósitos antioxidantes o terapia con ultrasonidos.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de las heridas con biofilm y su diagnóstico diferencial supone un gran reto para los profesionales de la salud, en su mayoría el personal de enfermería, que tratan heridas complejas en su práctica clínica diaria, ya que si los cuidados no son los adecuados contribuirá a un aumento del periodo de tiempo de cicatrización pudiendo así cronificarse. Esto es, no solo un riesgo para la salud del paciente, ya que a mayor tiempo de pérdida de integridad cutánea, más riesgo de contracción de infecciones, sino que además se generará un mayor gasto sanitario y empeorará la calidad de vida del paciente, afectando en su estado psicosocial. La detección de biofilm en heridas complejas aporta información útil que ayudará a los clínicos a escoger el mejor tratamiento dirigido (antibioterapia pertinente apósitos antimicrobianos, soluciones descontaminantes, desbridamiento quirúrgico, técnicas avanzadas), suponiendo al mismo tiempo un ahorro de recursos. Sin embargo, siguen existiendo vacíos en la base del conocimiento cuando se trata de diagnosticar y localizar biofilms en heridas.

6 Bibliografía

1. Causas por las que una herida no cicatriza: el biofilm en las heridas [Internet]. Ulceras.net. [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/articulo.php?id=173>.
2. Thomas Bjarnsholt, Rose Cooper, Jacqui Fletcher, Isabelle Fromantin, Klaus Kirketerp-Møller. Unión Mundial de Sociedades de Cicatrización de Heridas (World Union of Wound Healing Societies, WUWHS), Congreso de Florencia, Documento de Posición. Tratamiento del biofilm. Wounds International. 2016.
3. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, Weir D, Wolcott R. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care* 2020; 29(Suppl 3b):S1–28.
4. Costerton JW. The etiology and persistence of cryptic bacterial infections: a hypothesis. *Rev Infect Dis* 1984; 6 Suppl 3:S608–S616.

Capítulo 34

ENFERMERÍA ESCOLAR Y SU SITUACIÓN EN ESPAÑA

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

1 Introducción

La figura de la enfermera escolar desempeña un papel fundamental en el entorno educativo, contribuyendo de esta forma a la salud y bienestar de todos y cada uno de los estudiantes.

En España, al igual que en otros países, contar con su presencia en centros educativos puede ser beneficiosa para la detección precoz de problemas relacionados con la salud como pueden ser infecciones, alergias, problemas en la visión y audición, trastornos alimentarios, entre otros. Esto contribuye a una atención médica oportuna y a la prevención de complicaciones.

Por otra parte, la gestión de enfermedades crónicas. Los estudiantes que padecen enfermedades crónicas, como puede ser la diabetes, asma o alergias graves, requieren de una atención y vigilancia estrecha. Las enfermeras están capacitadas para la administración de medicamentos, control de síntomas y brindar apoyo

para garantizar de esta forma que los estudiantes se encuentren seguros y saludables en el entorno escolar.

Respecto a la educación para la salud, las enfermeras escolares pueden impartir educación para la salud, fomentando de esta manera hábitos saludables, prevención de enfermedades y autocuidado. Del mismo modo, ofrecer orientación sobre temas relacionados con la nutrición, higiene personal y salud mental, entre otros.

En el caso de emergencias médicas, las enfermeras escolares están capacitadas para responder de manera eficaz, proporcionando primeros auxilios y coordinar con servicios médicos externos en caso de que fuese necesario.

Sin embargo, la situación de las enfermeras escolar en España sigue siendo objeto de debate y ha experimentado variaciones a lo largo del tiempo. Su presencia no se encuentra instaurada en todos los centros educativos. Algunas comunidades autónomas han diseñado e implementado programas para contar con su presencia en los colegios.

La falta de enfermeras escolar puede limitar la capacidad de brindar una atención de salud adecuada a los alumnos y de hacer frente a situaciones médicas de emergencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir cuál es la situación actual de la enfermería escolar en España, comparándola con intervenciones puntuales realizadas por enfermeras que normalmente son ajenas al centro escolar.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Analizar la situación de la enfermera escolar en cada comunidad autónoma.
- Identificar si es necesaria la implantación de la enfermera escolar en todos los colegios del territorio español.
- Describir las competencias de la enfermera escolar.
- Detallar cuál es la percepción de los profesores al contar con la enfermera escolar en el centro educativo.
- Descubrir cuál es la percepción de los padres de los alumnos sobre la enfermería escolar y si conocen realmente las funciones que lleva a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 escolar es una de las piezas clave para brindar soluciones a las necesidades de los alumnos escolarizados y guiarlos hacia una mejora de salud prestando cuidados sanitarios y una evaluación, intervención y seguimiento de su estado de salud durante el periodo escolar, pero para ello es necesario que la enfermera esté presente en los centros educativos. Las dos herramientas clave son la educación para la salud y la prevención de enfermedades, siendo dos términos inseparables y complementarios entre sí.

Comparativamente, las intervenciones puntuales realizadas por enfermeras externas al centro escolar pueden ofrecer ciertos beneficios, pero no son tan efectivas como contar con la presencia de enfermeras escolares a tiempo completo en los centros educativos. Algunos de los puntos comparativos podrían ser:

- Disponibilidad y accesibilidad: las enfermeras escolares al estar presentes en el colegio son capaces de brindar atención inmediata y continua a los alumnos, lo que puede ser crucial en situaciones de emergencia o cuando se necesita la administración de medicamentos o tratamientos específicos. Las intervenciones puntuales realizadas por enfermeras externas pueden requerir una coordinación más compleja y pueden no estar disponibles en el momento necesario.
- Conocimiento del entorno escolar: las enfermeras escolares se encuentran familiarizadas con el entorno y la dinámica escolar, lo que permite comprender mejor las necesidades de los alumnos y establecer relaciones de confianza. Las enfermeras externas no pueden tener el mismo nivel de comprensión de las dinámicas escolares y de las necesidades individuales de cada alumno.
- Prevención y educación: las enfermeras escolares tienen la capacidad de llevar a cabo programas de educación en salud y prevención de enfermedades dirigidos a los estudiantes, promoviendo hábitos saludables. Las intervenciones puntuales no alcanzan el mismo grado de continuidad.
- Gestión de enfermedades crónicas: las enfermeras escolares son fundamentales

para el manejo de enfermedades crónicas en el entorno escolar. Las intervenciones puntuales de enfermeras ajenas al centro educativo pueden no ser tan eficaces ante situaciones que requieren un seguimiento constante.

Las intervenciones puntuales realizadas por enfermeras externas al centro escolar pueden brindar ciertos beneficios, a diferencia de las enfermeras escolares adscritas al centro educativo es más efectiva en cuanto a términos de atención, prevención, educación y gestión de salud en el entorno escolar.

El papel que ejerce la enfermera escolar ha ido cambiando en numerosas ocasiones, especialmente en los últimos años. Las funciones que lleva a cabo son diversas y muy diferenciadas dependiendo del país en el que nos encontremos y de las necesidades existentes en la población, escuela y comunidad.

El propósito fundamental de la enfermera escolar es brindar una atención integral y de calidad a todos y cada uno de los alumnos, independientemente de que presenten patologías crónicas, condiciones físicas o estén sanos. Entre las funciones se encuentra la evaluación y consigo el tratamiento. Además, desarrolla un plan de cuidados específico para cada alumno basándose en el proceso de enfermería que comprende la valoración, identificación, intervenciones y evaluación de los resultados obtenidos.

Cada vez son más los niños escolarizados que presentan patologías crónicas o condiciones físicas. Estos niños precisan de unos cuidados especiales, siendo la enfermera escolar el profesional más adecuado para atender a estos niños respecto al resto de profesionales que componen el centro educativo, siendo indispensable que su atención sea lo más educada posible para que puedan desarrollar un estilo de vida óptimo y puedan llevar a cabo una escolarización normal, al igual que cualquier otro niño sano.

Los datos obtenidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística), encontramos que las enfermedades más prevalentes en etapa escolar son diabetes, epilepsia, alergias alimentarias, asma, trastornos mentales (depresión, ansiedad...), autismo o trastorno del espectro autista y trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad).

A esto cabría añadirle el sobrepeso y la obesidad infantil ya que se han convertido en uno de los problemas más graves del S.XXI. Su prevalencia ha ido aumentando de forma considerable a un ritmo preocupante, afectando de forma progresiva sobre todo a países de bajos y medianos ingresos. Se calcula que en 2020, más de

41 millones de niños con edad menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o presentaban obesidad. Estos niños tienen mayor prevalencia de desarrollar enfermedades a edades tempranas como son diabetes y enfermedades cardiovasculares. Por suerte, son enfermedades que se pueden prevenir utilizando la herramienta de educación para la salud.

La enfermera escolar tiene la experiencia suficiente para promover hábitos de vida saludables participando en prácticas para la prevención de la obesidad infantil. Se encontró un estudio que la incidencia de la enfermera escolar en las escuelas estaba asociado a una disminución del porcentaje de niños con obesidad infantil.

Por otro lado, la enfermera escolar adquiere gran importancia por su papel como encargada de la administración de medicamentos. La mayoría de las escuelas delega la administración de los mismos a personal docente no cualificado como profesores, secretaria, etc. De esta manera, es muy probable que se comenten errores en cuanto a la administración de medicación, conllevando un grave riesgo para el alumno pudiendo generar consecuencias perjudiciales para el mismo.

Un estudio reciente nos muestra que los errores de medicación en el ámbito escolar son bastante comunes debido a que el personal encargado de su administración no se encuentra capacitado, puesto que no posee una cualificación profesional ni se encuentra legalmente capacitado para ello. Otras actividades, como la administración de vacunas o exploraciones físicas (revisiones auditivas, oculares, etc.), control de la alimentación son de bastante utilidad ya que pueden detectar problemas precozmente y prevenirlos a tiempo. Asimismo, varios estudios que se han realizado recientemente demuestran la eficacia de las intervenciones por parte de la enfermera escolar referidos en cuanto a la prevención de la exacerbación del asma bronquial o en la detección precoz y prevención de los trastornos de atención con hiperactividad.

Numerosos estudios realizados afirman que la Enfermería Escolar es un recurso necesario para la comunidad educativa. Las intervenciones que realiza en el ámbito escolar supone un alto grado de satisfacción por parte de los docentes y sobre todo por parte de las familias de los alumnos.

La mayoría de los equipos directivos manifiestan que al contar con la presencia de la figura de la enfermera escolar en el colegio, supone una tranquilidad y una mejora en la calidad de vida tanto del alumnado como de las propias familias, al igual que proporcionan un respiro a los padres que tienen un hijo con patologías

crónicas o con necesidades especiales que necesitan de unos cuidados complejos y específicos. Además, añadir que su presencia dota al colegio de un mayor prestigio a diferencia de aquellos colegios que no cuentan con su implantación.

La percepción obtenida por parte de las familias afirman que contar con la presencia de la enfermera escolar supone todo ventajas, pero sobre todo lo que más recalcan es la seguridad que les transmite saber que sus hijos van a estar bien cuidados.

Reconocen y valoran la función que ejerce la enfermera escolar pero, no solo reconocen su figura centrada solo en prestar primeros auxilios o atender urgencias, sino también todos aquellos aspectos relacionados con la promoción de la salud con la finalidad de que los alumnos adquieran hábitos de vida saludables, tales como sesiones de salud bucodental, primeros auxilios, diabetes, sexualidad, entre otros.

Podemos apreciar que las enfermeras escolar juegan un papel muy importante en cuanto a la promoción de salud de los alumnos y que su implantación y actuación en los diferentes centros educativos tiene como resultado un gran impacto significativo en los resultados de salud de la población escolar y educación. Los niños escolarizados necesitan de una atención de calidad en su segundo hogar, en este caso la escuela, que es donde pasan la mayor parte del tiempo, y especialmente aquellos alumnos que presentan patologías crónicas.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera escolar ha ido cambiando en diversas ocasiones en los últimos años. Estas funciones sobre todo cambian en función del país donde nos encontremos y de las necesidades de atención sanitaria que surgen en población, escuela y comunidad.

Hacer hincapié en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que son las dos herramientas indispensables y que resultan ser las más eficaces para incrementar así los conocimientos e información de temas relacionados con la salud, teniendo como finalidad última que los alumnos sean capaces de gestionar su salud, pudiendo decidir libremente sobre ella e introducir nuevas conductas de salud.

La incorporación de la enfermera en el centro escolar a jornada completa genera efectos positivos tanto en los padres como profesores, ya que es la figura

que mejor puede dar respuesta ante problemas de salud y en la educación para la salud. Se convierte en el profesional idóneo para la promoción de la salud al mismo tiempo garantiza asistencia inmediata y cuidado de los alumnos que presentan con patologías crónicas.

En la búsqueda bibliográfica que se realizó, vemos como la Enfermería Escolar se caracteriza por presentar amplias competencias respecto a la mejora de salud del centro educativo. Sin embargo, en España su implementación es escasa al igual que su visibilidad.

La investigación, en este caso es un proceso clave en Enfermería, ya que nos permite obtener la evidencia científica que ponga de manifiesto la importancia que tiene su implantación en la mejora de la salud tanto del alumno como de sus familias.

Su implantación en tanto colegios públicos como privados pertenecientes a cada una de las comunidades autónomas, podría influir de manera positiva sobre la salud de los alumnos, ya que de esta manera no solo podría tratar y controlar a aquellos alumnos que padecen de patologías crónicas o condiciones físicas, sino que también se pondría de manifiesto la prevención de enfermedades mediante la herramienta de educación para la salud. De esta manera se podría conseguir que los alumnos en etapa escolar adquieran hábitos de vida saludables, previniendo enfermedades en un futuro próximo.

A medida que vayamos avanzando, se conseguirá normalizar esta situación y se hará extensible a todos los centros educativos de España. Pero para ello será necesario la creación de leyes que lo regule, ya que actualmente son escasas. La figura de la enfermera escolar progresivamente irá ganando más visibilidad y cogiendo más fuerza, defendiendo de esta manera que es necesario la implantación de este figura en todos y cada uno de los centros escolares de España.

6 Bibliografía

1. Mori, Flor Marlene Luna Victoria, Edquen SB, Espinoza ZEL, Salazar RS. Competencies of the nurse in educational institutions: a look from educational managers. *Rev Gaucha Enferm* 2018 -08-02;39:e20170152.
2. La salud en la escuela. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela>. Accessed Dec 11, 2020.
3. Fonseca DA. Efectividad de la participación del profesional de enfermería en los

centros de enseñanza especial. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* 2018(Extra 1 (Edición Especial)):2.

4. Gómez Silva G, Carollo Motellón M, Abelairas Gómez C, Sánchez Santos L, García Doval FM, Rodríguez Núñez A. Escolares con enfermedades crónicas, ¿qué les preocupa a sus profesores? *An Pediatr (Barc)* 2020 /12/01;93(6):374-379.

5. Terán RÁ, Fanlo ME, Moreno SM. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Contextos Educativos. Revista de Educación* 2018 /06/28;0(22):165-180.

6. La enfermera escolar: situación actual y necesidades de la población infantil. 2020; Available at: <https://revistamedica.com/enfermera-escolar-necesidades-poblacion-infantil/>.

Accessed Dec 17, 2020.

7. Casado AE. ENFERMERÍA ESCOLAR, LA SITUACIÓN HOY EN DÍA. *Revista Enfermería CyL* 2015 /05/01;7(1):56-61.

8. Ferro Carvajalino MC, Fuentes Ramírez A, Chinchilla Salcedo TC, Sánchez Herrera B. Education and Health: A Care Bond. School-Nursing Model for Colombia. *Invest Educ Enferm* 2020 -07;38(2).

Capítulo 35

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO ARCOIRIS

ROCIO DIAZ GUZMAN

LUCÍA ESCRIBANO ESCRIBANO

MARIA ROSA MARTINEZ HARO

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

BEATRIZ JUSTO SÁNCHEZ

1 Introducción

El término “embarazo arcoíris” es usado de manera metafórica para referirse a una nueva gestación tras una pérdida perinatal. Este término fue elegido debido a que se considera que la llegada de otro bebé, tras vivir el proceso de duelo, vuelve a llenar de alegría y luz a la familia tras una tormenta.

El término “arcoíris” es utilizado, ya que después de la tormenta siempre aparece el arcoíris, por lo que se considera que después del sufrimiento, aparece un nuevo bebé que aportará la calma y la alegría a la familia.

La pérdida perinatal es una de las experiencias más duras para los padres. Se trata de un proceso de sus vidas en el cual se encuentra implicado un alto contenido emocional en el cual los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante pudiendo generar en ellos un gran impacto emocional y personal.

La inadecuada actuación y/o actuación por parte del personal sanitario puede

poner en peligro la salud de las familias, desencadenando alteraciones psicológicas, pudiendo llegar a cronificarse en el tiempo.

La enfermería desempeña un papel esencial en todos los aspectos de la atención de la salud, pero más aún ante la pérdida gestacional. En este contexto, la enfermería no solo desempeña un papel clínico, sino que se convierte en el punto de apoyo y comprensión, guiando a aquellas familias a través de ese viaje repleto de emociones intensas y sentimientos encontrados.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica será conocer cuál es el papel que ejerce enfermería ante un embarazo arcoíris.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Conocer el concepto y características de un embarazo arcoíris.
- Conocer el duelo y cuáles son sus distintas fases.
- Detallar cuáles los signos y síntomas del duelo perinatal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 concepto de "embarazo arcoíris" se refiere a un embarazo que ocurre después de una pérdida gestacional previa, ya sea a través de un aborto espontáneo o un parto prematuro. Al igual que un arcoíris aparece después de una tormenta, el término simboliza la esperanza y la belleza que pueden surgir después de un período de oscuridad y tristeza.

Un embarazo arcoíris trae consigo una renovación de la esperanza después de la pérdida. Las familias que han experimentado la tristeza y el duelo de una pérdida gestacional previa encuentran consuelo y esperanza en la perspectiva de un nuevo embarazo.

En ocasiones también puede estar acompañado de sentimientos negativos como la ansiedad y miedo. Al igual las familias pueden sentir una conexión especial con el bebé anterior mientras anticipan la llegada del bebé arcoíris.

Otras de las características de un embarazo arcoíris puede representar un proceso de sanación y cierre para las familias que han experimentado una pérdida gestacional. Les brinda la oportunidad de encontrar consuelo y recuperar la confianza en su capacidad de ser padres.

Destaca la importancia del apoyo emocional y comunitario. Las familias pueden encontrar consuelo al conectarse con otros que han experimentado pérdidas similares y comparten la experiencia de un embarazo arcoíris.

Las familias que enfrentan un embarazo arcoíris demuestran resiliencia y fortaleza al abrazar nuevamente la maternidad después de una pérdida. Este proceso puede ayudar a las familias a crecer emocionalmente y a enfrentar los desafíos con una perspectiva renovada.

En conjunto, el concepto de embarazo arcoíris refleja el ciclo natural de la vida y la esperanza que puede florecer incluso después de momentos difíciles. Representa un viaje emocional y físico que abarca múltiples dimensiones, y puede tener un profundo impacto en la vida de las familias que lo experimentan.

Duelo, es una palabra que tiene origen en el latín “dolus” y significa dolor. Según Bowlby, el duelo es una respuesta normal a la pérdida de una persona conectada por un vínculo afectivo.

El duelo perinatal presenta unas características que lo diferencian de otros tipos de duelo como son la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso.

Se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real. Es real en cuanto al hecho de que han perdido un hijo y simbólica, porque también han perdido todas las ilusiones que se ponen en él. No es una pérdida reconocida por la sociedad, debido a que dada la prematuridad de la muerte del hijo perdido no ha podido ser integrado ni en la familia ni en la sociedad.

Según Ronald Knapp el duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como:

- Trastornos depresivos. Entre el 10 y el 48% de los casos. Son los más frecuentes en mujeres con antecedentes depresivos o psiquiátricos, nulíparas o que han tenido abortos previos. Deben tenerse presentes los rasgos que permiten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el duelo.
- Trastornos de ansiedad. Aumentan tras la pérdida para disminuir después de las 12 semanas, pero sobre todo despuntan ante la posibilidad de un nuevo embarazo.

- Trastorno por stress-postraumático. Entre el 2 y el 5% en partos instrumentales y cesáreas, y hasta el 25% en el mes posterior a la pérdida y hasta el 7% cuatro meses después.

El papel que ejerce enfermería en el embarazo arcoíris abarca múltiples dimensiones, ya que no solo se centra en la atención médica, sino mucho más importante en el apoyo emocional y psicológico para las familias que han experimentado una pérdida gestacional previa.

Las enfermeras desempeñan un rol fundamental brindando un cuidado integral, atendiendo todas y cada una de las dimensiones de la persona, abarcando desde el apoyo durante el embarazo hasta la preparación para el parto y la crianza.

Algunos de los puntos clave donde ejercen su papel serían las siguientes:

- Apoyo emocional y psicológico: las enfermeras proporcionan un espacio seguro para que las familias compartan sus miedos, inquietudes, emociones relacionados con el embarazo arcoíris. Ofrecen orientaciones sobre las emociones que puedan surgir y brindan estrategias de afrontamiento y técnicas de manejo de estrés para promover el bienestar de las familias.
 - Educación para la salud: proporcionan información detallada sobre el proceso de embarazo arcoíris, incluyendo los cambios físicos y emocionales. Educación sobre signos de alerta y medidas preventivas para promover la salud del bebé arcoíris.
 - Vigilancia y cuidado prenatal: realizan exámenes prenatales y monitorización para asegurarse que el embarazo está avanzando adecuadamente.
 - Preparación para el parto y crianza: proporcionan información sobre opciones de parto, planificación y cuidado del recién nacido. Ofrecen asesoramiento sobre lactancia, alimentación.
 - Comunicación y coordinación: facilitan la comunicación abierta y efectiva entre familias y el equipo de atención médica. Al igual, coordinan entre los diferentes aspectos de cuidado, incluyendo exámenes médicos, pruebas y procedimientos.
 - Promoción de la salud mental: identifican y abordan los signos de angustia emocional o síntomas de trastorno de salud mental, brindando un apoyo continuo durante todo el proceso.
 - Fomento de la celebración: ayudan a las familias a reconocer y celebrar la llegada del nuevo bebé arcoíris, mientras honran y recuerdan al bebé perdido. Al mismo tiempo, proporcionan recursos para conmemorar y mantener viva la memoria de los bebés perdidos.
 - Creación de redes de apoyo: facilitan la conexión de las familias con grupos de apoyo y recursos que pueden brindar un espacio de comprensión y apoyo mutuo.
- En resumen, el papel de la enfermería en el embarazo arcoíris es holístico y abarca

aspectos médicos, emocionales y educativos. Las enfermeras desempeñan un papel esencial en brindar un cuidado integral a las familias, guiándolas durante este proceso y ayudándolas a encontrar esperanza y sanación.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería en el embarazo arcoíris se extiende más allá de la mera atención médica y se adentra en el ámbito emocional y psicológico de las familias que han atravesado una pérdida gestacional previa. A lo largo de esta revisión, hemos explorado cómo las enfermeras desempeñan un rol esencial al brindar un cuidado integral y durante este proceso tan complejo.

Uno de los aspectos más destacados de la enfermería en el embarazo arcoíris es su capacidad para proporcionar un apoyo emocional. Las enfermeras se convierten en confidentes y defensoras de las familias, ofreciendo un espacio seguro para expresar sus emociones y preocupaciones. Esta atención empática puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional de las familias, permitiéndoles enfrentar los sentimientos encontrados y navegar por el proceso con mayor resiliencia.

La educación en la salud es uno de los pilares clave de la enfermería en el embarazo arcoíris. Las enfermeras se dedican a proporcionar información precisa y detallada sobre el proceso del embarazo, los signos de alerta y las medidas preventivas. Al dotar a las familias con conocimientos, las enfermeras les permiten tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención prenatal.

La colaboración interdisciplinaria es esencial en el cuidado del embarazo arcoíris. Las enfermeras trabajan en estrecha colaboración con obstetras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para brindar un enfoque integral. Esta colaboración garantiza que las familias reciban una atención holística que aborde tanto las necesidades médicas como las emocionales.

A través de la atención centrada en la familia, la empatía y la educación, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción del bienestar físico y emocional de las familias que esperan con anticipación y renovada esperanza la llegada de un bebé arcoíris.

En última instancia, el papel de la enfermería en el embarazo arcoíris trasciende la atención clínica para convertirse en un acto de compasión y amor que guía a las familias hacia la luz después de la tormenta.

6 Bibliografía

1. Castroagudín SG, López IS, Teijo FP, Marra MJL, Vidal ER. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de atención primaria* 2013;19(2):113- 117.
2. Montesinos GA, Román NA, Muñoz MM, Elías BL. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Revista chilena de pediatría* 2013.
3. López García de Madinabeitia, Ana Pía. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011.
4. Toro-Bermúdez JI, Mesa-M L, Quintero-O JF. Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. *Revista Médicas UIS* 2017.
5. Sandvik L, Helgadóttir LB, Ekeberg O, Gravensteen IK, Radestad I, Jacobsen E, et al. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* .2018.
6. Jose Manuel Alfonso Fernández. Síndrome Post Aborto una aproximación desde la psicología y la bioética. 2008.

Capítulo 36

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

1 Introducción

Las heridas quirúrgicas son una complicación común después de una cirugía y pueden ser causadas por diversas razones, como la falta de higiene, una mala técnica quirúrgica o la presencia de bacterias en la zona de la incisión. La infección de una herida quirúrgica es una complicación grave y común que puede afectar el proceso de cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones sistémicas, lo que puede provocar un aumento de la estadía hospitalaria y del costo de atención médica.

Las infecciones de heridas quirúrgicas pueden ser causadas por bacterias comunes como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*.

Estas bacterias pueden entrar en el cuerpo a través de la incisión durante la cirugía o pueden ser llevadas al sitio quirúrgico por el personal médico o el propio paciente.

Además, factores como la diabetes, la obesidad, la edad avanzada y la inmunosupresión pueden aumentar el riesgo de infección en heridas quirúrgicas.

La prevención y el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son esenciales para la seguridad y el bienestar de los pacientes. Es por eso que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas. Además, deben estar familiarizados con las diferentes técnicas y herramientas que pueden ayudar a prevenir la infección, así como estar capacitados para identificar los signos de infección y proporcionar el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Explorar e indicar las intervenciones de enfermería para la prevención y tratamiento de pacientes que presentan heridas quirúrgicas infectadas en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para crear este informe se realizó una revisión bibliográfica sobre el procedimiento de enfermería para la prevención y tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas, utilizando Google Académico como fuente de investigación. Se examinaron varias fuentes relacionadas con este tema, incluyendo sitios web, revistas científicas y bases de datos especializadas como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevención y tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son cruciales para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la identificación, prevención y tratamiento de estas infecciones.

En la prevención de infecciones de heridas quirúrgicas, las intervenciones de enfermería pueden incluir:

- Educar al paciente sobre la importancia de mantener la higiene personal y de la incisión.
 - Administrar antibióticos profilácticos antes de la cirugía.
 - Optimizar la técnica quirúrgica.
 - Los protocolos de higiene deben seguirse rigurosamente durante y después de la cirugía para reducir el riesgo de infección.
 - Es fundamental mantener una buena higiene en el área quirúrgica, limpiar adecuadamente los instrumentos y utilizar ropa estéril para minimizar el riesgo de infección. También se pueden utilizar técnicas específicas para la prevención de infecciones, como la administración de antibióticos tópicos y la implementación de duchas preoperatorias con soluciones antisépticas.
 - En el tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas, los profesionales de enfermería pueden monitorear los signos y síntomas de infección, trabajar en colaboración con el equipo de atención médica y proporcionar el tratamiento adecuado. El tratamiento puede incluir la administración de antibióticos y la realización de procedimientos quirúrgicos para drenar la infección.
 - Los profesionales de enfermería también deben garantizar que el paciente reciba la atención adecuada después de la cirugía. Esto puede incluir controlar el dolor, asegurarse de que la herida esté bien vendada y monitorear la temperatura corporal del paciente para detectar posibles signos de infección.
- Es importante que los profesionales de enfermería estén capacitados para identificar los factores de riesgo y llevar a cabo medidas preventivas efectivas. La implementación de protocolos rigurosos de higiene y la administración adecuada de antibióticos son algunas de las herramientas clave para prevenir infecciones de heridas quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención y tratamiento de las infecciones de heridas quirúrgicas son una parte fundamental de la atención de enfermería en la atención médica. Las intervenciones de enfermería pueden ayudar a reducir el riesgo de infección y mejorar los resultados del paciente.

Es crucial que los profesionales de enfermería estén capacitados en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de medidas preventivas efectivas para prevenir la infección de heridas quirúrgicas. Además, el monitoreo y tratamiento adecuados de las infecciones de heridas quirúrgicas pueden minimizar el riesgo de complicaciones y mejorar los resultados del paciente.

Es importante destacar la importancia de una higiene rigurosa en el área quirúrgica y la administración adecuada de antibióticos profilácticos para prevenir infecciones de heridas quirúrgicas.

La colaboración efectiva con el equipo de atención médica también es esencial para el tratamiento efectivo de las infecciones de heridas quirúrgicas.

6 Bibliografía

1. Cárdenas, M. (2018). Prevención de infecciones en heridas quirúrgicas: papel del personal de enfermería. *Revista de enfermería*, 36(1), 45-51.
2. Torres, C. (2020). Tratamiento de heridas quirúrgicas infectadas: guía de práctica clínica. *Enfermería clínica*, 30(Supl. 2), 123-130.

Capítulo 37

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

1 Introducción

Los trastornos de la coagulación son afecciones que pueden alterar la capacidad del cuerpo para formar coágulos sanguíneos y aumentar el riesgo de sangrado o coagulación excesiva. Estos trastornos pueden ser de origen hereditario o adquirido y, a menudo, son el resultado de otras enfermedades o condiciones médicas, como la trombocitopenia, la enfermedad de Von Willebrand, la hemofilia, la enfermedad hepática o la insuficiencia renal.

La coagulación es un proceso complejo que involucra una serie de proteínas y células en el cuerpo que trabajan juntas para formar un coágulo que detiene el sangrado en caso de una lesión. No obstante, cuando estos mecanismos se ven afectados por un trastorno, el cuerpo puede no ser capaz de formar un coágulo

adecuado para detener el sangrado o puede formar coágulos innecesarios que obstruyen los vasos sanguíneos y causan problemas graves de salud.

Por consiguiente, los pacientes que presentan trastornos de la coagulación necesitan recibir una atención especializada por parte de los profesionales de la enfermería para garantizar su bienestar y seguridad. Identificar tempranamente y manejar adecuadamente estos trastornos es crucial para prevenir complicaciones graves, como hemorragias internas, embolias pulmonares o accidentes cerebrovasculares.

Este trabajo analizará los cuidados de enfermería que se deben proporcionar a los pacientes con trastornos de la coagulación, resaltando la relevancia de la educación del paciente, la monitorización constante, la administración apropiada de medicamentos y el manejo del dolor. Los profesionales de la enfermería tienen un papel vital en el cuidado de estos pacientes y su intervención es esencial para asegurar una atención de calidad y seguridad.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería necesarios para pacientes con trastornos de la coagulación.
- Destacar la importancia de la atención especializada de enfermería para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre el protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con trastornos de la coagulación, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como PubMed, Scielo y Elsevier, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes con trastornos de la coagulación requieren una atención especializada por parte de los profesionales de la enfermería. En esta atención, la educación sanitaria hacia el paciente es fundamental para que comprendan su condi-

ción, la importancia de tomar sus medicamentos y las medidas de precaución necesarias para prevenir lesiones o complicaciones.

Los profesionales de enfermería también deben realizar una monitorización constante de los pacientes para detectar cualquier cambio en los niveles de coagulación sanguínea y detectar cualquier signo de sangrado o coagulación excesiva. La administración adecuada de medicamentos es crucial para prevenir el sangrado o la coagulación excesiva, por lo que los profesionales de la enfermería deben asegurarse de que los pacientes reciban el tratamiento adecuado para controlar su dolor y evitar complicaciones como la formación de coágulos.

Además, el manejo del dolor es importante para garantizar la comodidad del paciente y reducir el estrés y la ansiedad asociados con los trastornos de la coagulación. Los profesionales de la enfermería deben utilizar técnicas de manejo del dolor no farmacológicas, como la terapia de relajación o la distracción y administrar analgésicos de manera segura y efectiva.

Por otra parte, los pacientes con trastornos de la coagulación también deben ser educados en cuanto a las medidas de precaución necesarias para prevenir lesiones y complicaciones, como evitar actividades que puedan causar lesiones, como deportes de contacto o cortarse al afeitarse o al recortar las uñas. Además, es importante que los pacientes eviten ciertos medicamentos que puedan interferir con la coagulación sanguínea, como aspirinas o anticoagulantes.

Los pacientes con trastornos de la coagulación requieren atención especializada de enfermería. La educación del paciente, la monitorización constante, la administración apropiada de medicamentos y el manejo del dolor son aspectos críticos del cuidado de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de la coagulación son afecciones que pueden tener consecuencias graves para la salud de los pacientes si no se manejan adecuadamente. La atención de enfermería especializada es esencial para garantizar el bienestar de los pacientes y prevenir complicaciones.

En esta atención, la educación sanitaria del paciente es fundamental para que comprendan su condición y sepan cómo prevenir lesiones y complicaciones. Además, la monitorización constante y la administración adecuada de medicamentos son críticas para controlar el sangrado o la coagulación excesiva y prevenir complicaciones como la formación de coágulos.

El manejo del dolor es importante para reducir el estrés y la ansiedad asociados con los trastornos de la coagulación y garantizar la comodidad del paciente. Los

profesionales de la enfermería deben utilizar técnicas de manejo del dolor efectivas y seguras.

En definitiva, con esta investigación, se constata que la atención especializada por parte de los profesionales de enfermería es vital para garantizar una atención de calidad en el cuidado de estos pacientes y asegurar su bienestar y seguridad con respecto a los trastornos de la coagulación.

Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de enfermería estén capacitados y actualizados en los cuidados necesarios para el manejo de estos trastornos para brindar una atención adecuada y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Hemofilia (AEH). . Guía de cuidados de enfermería para pacientes con hemofilia., de <https://aehemofilia.org/wp-content/uploads/2019/05/guias/Guia-EnfermeriaHemofilia-2019.pdf>.
2. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH). Manual de manejo de la anticoagulación oral en Atención Primaria. Recuperado el 3 de mayo de 2023, de <https://www.se-trombosis-hemostasia.es/>.

Capítulo 38

ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS EN URGENCIAS

YOLANDA TRAPERO MORENO

YOLANDA TORRES ORTEGA

ESTHER MARÍA RODRIGO MARÍN

NURIA BARON ALMANSA

MARÍA DEL CARMEN NÚÑEZ CABANILLAS

1 Introducción

Se conoce por Ictus o accidente cerebrovascular (ACV) a la interrupción brusca de la circulación sanguínea en una zona cerebral y con ello a la falta de oxígeno en esa parte del cerebro, por lo cual las células nerviosas mueren. Puede estar provocado por la rotura de un vaso sanguíneo (ictus hemorrágico) o por el taponamiento del mismo (ictus isquémico).

Entre sus síntomas más frecuentes se encuentran mareo, debilidad de un lado del cuerpo, pérdida de fuerza, adormecimiento, dificultad para articular palabra, etc. Entre los factores de riesgo del Ictus aparecen la HTA, la diabetes mellitus, el tabaquismo, edad avanzada, aterosclerosis, tabaquismo, etc.

Los accidentes cerebrovasculares son considerados una emergencia médica, uno de los motivos de atención neurológica más frecuente en los servicios de urgencias y una de las principales causas de muerte e invalidez en el mundo.

Su pronóstico depende en gran medida de la rapidez con la que se detectan y la inmediatez con la que se aplican las medidas terapéuticas para mejorar el estado del paciente y con ello minimizar posibles secuelas.

Conocemos por "Código Ictus" al grupo de acciones llevadas a cabo conjuntamente por un equipo de diferentes profesionales sanitarios que permiten identificar de forma precoz los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular y poner en marcha con la máxima inmediatez las medidas y procedimientos que sean necesarios para conseguir la mejoría clínica del paciente, y reducir en todo lo posible las posibles secuelas que puedan aparecer.

2 Objetivos

- Indicar los signos y síntomas de un accidente cerebrovascular.
- Dar a conocer las medidas llevadas a cabo con la activación del "Código Ictus" para la mejoría del paciente y la minimización de las secuelas tras sufrir un ACV.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo ha sido realizada una búsqueda sistemática de artículos sanitarios, además se han consultado libros relacionados con dicho tema.

Las bases de datos utilizadas han sido: Scielo, PubMed y Medline.

Se han consultado documentos escritos en español.

Las palabras clave empleadas han sido: ictus, código, urgencias.

4 Resultados

A la actuación sanitaria por la cual se reconocen de forma precoz los signos y síntomas de un ictus y, por consiguiente, al traslado inmediato del paciente a un servicio de urgencias donde se puedan iniciar de forma prioritaria los cuidados específicos y necesarios para dar tratamiento a esta patología y conseguir la mejoría clínica del paciente y la reducción de las posibles secuelas que aparezcan se le ha dado el nombre de "Código Ictus".

De esto se deduce que resulta clave que el personal sanitario sea capaz de reconocer esos signos y síntomas que hacen sospechar que un paciente está sufriendo un accidente cerebrovascular para que de forma inmediata de la señal de alarma

y se pueda activar el "Código Ictus". Este puede ser activado tanto de forma extrahospitalaria como de forma intrahospitalaria.

Por lo general, los signos y síntomas aparecen de forma brusca, en cuestión de minutos. Son múltiples manifestaciones clínicas, pero entre las más comunes encontramos la parálisis de uno de los hemicuerpos o de alguna parte en concreto del organismo, la alteración de la sensibilidad unilateral, alteración en la comprensión del lenguaje y dificultad para articular palabra, pérdida de visión, alteraciones cognitivas, vértigo, mareo, visión doble, cefalea intensa, etc.

En el momento en que un paciente llega al servicio de urgencias y al ser atendido por el personal sanitario en la zona de triaje se evidencian alguno o varios de estos síntomas, es el momento de dar la señal de alarma ante la posibilidad de encontrarnos ante un accidente cerebrovascular.

Tras ellos se ha de llevar a cabo una anamnesis precoz y sencilla en la cual se intentará conocer con la mayor exactitud posible el momento en el que comenzaron los síntomas. También resulta necesario conocer el estado previo del paciente, así como su autonomía para las actividades de la vida diaria. Para ello se puede utilizar la escala de Rankin Modificada.

Se realizará la determinación de la tensión arterial, glucemia capilar, temperatura y saturación de oxígeno. Y tras ello se activará el "Código ictus Hospitalario" cuando el paciente tenga una escala de Rankin previo al ACV menor o igual a 2 (independencia), se haya activado de forma extrahospitalaria o los síntomas comenzaron hace menos de 6 horas.

Una vez activado el "Código Ictus" es necesario que la actuación de todo el equipo de urgencias sea coordinada y cada uno de los diferentes profesionales que formen parte de ese equipo tengan claras sus funciones y obligaciones y, no interfieran en la labor que ha de llevar a cabo el resto del equipo. Dentro de estas funciones:

- El médico de urgencias se encargará de la estabilización de las constantes vitales, evaluación neurológica (escala NIHSS, escala de coma de Glasgow) y de llevar a cabo medidas de soporte vital avanzado si es que fuera necesario. También deberá realizar la anamnesis del paciente conociendo antecedentes y situación previa, así como hora exacta del inicio de los síntomas. Así mismo, solicitará el TAC craneal urgente poniéndose en contacto con el servicio de radiología, contactará con el neurólogo de guardia y valorará si el paciente es candidato a tratamiento trombolítico para poder iniciarlo de la manera más precoz posible.
- El personal de enfermería se encargará de la toma de constantes (TA, glucemia capilar, FC, oxigenoterapia, temperatura), colocar oxigenoterapia si fuera necesario, llevar a cabo la monitorización cardíaca y pulsioximetría del paciente.

Canalizará, a ser posibles, dos vías venosas periféricas con extracción de analítica. Control de la TA cada 15 minutos, realización de electrocardiograma, administración de medicación o sueroterapia pautada e ir al TAC con el paciente. Y, si fuera necesario, comenzaría con el tratamiento fibrinolítico o trombolítico.

- El personal TCAE retirará prótesis dentales, auditivas o visuales, localizará a los familiares, asistirá a médico y personal de enfermería en lo que sea necesario y llevará las muestras de sangre hasta el laboratorio.

- El celador, por su parte, llevará al paciente al TAC y colaborará con el resto del equipo en lo que sea necesario.

Lo ideal es que desde que el paciente entra al servicio de urgencias hasta que se le están dando los cuidados necesarios y especializados hayan pasado menos de 60 minutos. Siendo lo ideal menos de 45 minutos.

Por lo general, una vez llevados a cabo todos los pasos, el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos o en la Unidad de Ictus del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes cerebrovasculares resultan uno de los motivos de atención neurológica más comunes en los servicios de urgencias, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria. Además, suponen una de las causas de muertes más frecuentes en el mundo y uno de los principales motivos de discapacidad.

El conocimiento por parte de los profesionales de la salud de los signos y síntomas de este tipo de patologías resulta de vital importancia a la hora de atender a este tipo de paciente y saber identificarlos de forma precoz y precisa, ya que ayudará a mejorar el estado de salud de los pacientes que las padecen y permitirá reducir al máximo el número y la gravedad de posibles secuelas.

Para ellos se establece un protocolo, un conjunto acciones, con el objetivo de que el paciente que está sufriendo un ACV sea tratado de la manera más rápida y eficaz posible. A ese protocolo se le conoce como "Código Ictus".

Una vez identificados los signos y síntomas y ante la sospecha de ictus, teniendo en cuenta el estado de salud previo de paciente y su autonomía, se activará dicho código a la mayor brevedad posible. De esta forma, todo el equipo del servicio de urgencias (médico, enfermera, TCAE y celador) se ponen en marcha con el objetivo de dar la atención y los cuidados que el paciente requiere en ese momento. Lo más importante es la inmediatez a la hora de la activación de "Código Ictus", teniendo cada uno de los profesionales claras sus funciones y obligaciones y sin interponerse en el trabajo del compañero de equipo. Todo para lograr el

fin común de mejorar la salud del paciente y reducir al máximo la aparición de secuelas secundarias al accidente cerebrovascular.

6 Bibliografía

1. Borrueal Aguilar MJ, Martínez Oviedo A. Código Ictus en urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel. *Rev Atalaya Médica*. 2013; 4: 25-32.
2. Acosta Ramírez P, Alegría Barrero E, Antolin Serna T, et al. Atención hospitalaria del paciente con ictus. 1º. *Medical & Marketing Communications*. Boehringer Ingelheim; 2015.
3. García Tovar M, Guerrero Fuertes P, Mora Fernández M, et al. Actuación de enfermería en urgencias ante un accidente cerebrovascular (ACV). 2023; 4(3).

Capítulo 39

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE DONACIÓN DE SANGRE

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

La donación de sangre es un acto altruista en el que una persona dona una porción de su sangre para ser utilizada en tratamientos médicos o para salvar vidas. Este proceso es fundamental en la atención médica y puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en numerosas situaciones.

Hay varios tipos de donantes de sangre, incluyendo donantes voluntarios y donantes de reposición. Los donantes voluntarios son aquellos que donan sangre sin un motivo específico, simplemente por solidaridad y generosidad. Por otro lado, los donantes de reposición donan sangre para un paciente en particular, como un amigo o familiar, cuando se necesita una cantidad específica de sangre.

Es importante destacar que la sangre no se puede fabricar artificialmente; dependemos de las donaciones humanas. La sangre donada se utiliza en cirugías, tratamientos de cáncer, accidentes automovilísticos, partos complicados y para

pacientes con enfermedades crónicas como la anemia. También es esencial en situaciones de desastres naturales.

Donar sangre es un proceso seguro y controlado por profesionales de la salud. Los requisitos para ser donante varían según la ubicación y las regulaciones locales, pero generalmente incluyen buena salud, un peso mínimo y la ausencia de enfermedades transmisibles por sangre.

La donación de sangre es un acto de generosidad que salva vidas y es crucial para mantener los suministros de sangre en los hospitales. Cada donación cuenta y puede marcar una gran diferencia en la vida de alguien que necesita sangre para recuperarse de una enfermedad o lesión. Animamos a las personas a considerar la donación de sangre como una forma valiosa de ayudar a la comunidad médica y a aquellos que lo necesitan.

2 Objetivos

Conocer las tareas del enfermero en el servicio de donación de sangre.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el proceso de donación de sangre, ya que son responsables de garantizar la seguridad tanto de los donantes como de los receptores. Aquí se describen sus funciones clave en este contexto:

Recepción y registro de donantes: Los enfermeros reciben a los donantes en el centro de donación y los registran, verificando su identidad y completando la documentación necesaria. Esto incluye revisar el historial médico y asegurarse de que cumplan con los requisitos para donar.

Evaluación de la elegibilidad: Antes de la donación, los enfermeros realizan una evaluación médica para confirmar que el donante está en buen estado de salud y no presenta riesgos para él ni para el receptor. Esto implica preguntas sobre la salud actual y el estilo de vida.

Educación y asesoramiento: Los enfermeros proporcionan información detallada sobre el proceso de donación, los posibles efectos secundarios y las precauciones posteriores a la donación. También pueden brindar asesoramiento sobre la importancia de la donación de sangre y su impacto en la comunidad.

Extracción de sangre: Durante la donación, los enfermeros realizan la extracción de sangre de manera segura y estéril. Utilizan agujas y equipos estériles para minimizar el riesgo de infección y aseguran que el proceso sea lo menos doloroso posible para el donante.

Monitoreo durante la donación: Durante la extracción de sangre, los enfermeros monitorean de cerca al donante para detectar posibles reacciones adversas, como mareos o náuseas. Actúan de inmediato si se produce alguna complicación.

Manejo de emergencias: Los enfermeros están capacitados para responder a situaciones de emergencia, como una reacción alérgica o un desmayo, y proporcionar los primeros auxilios necesarios.

Recuperación post-donación: Después de la donación, los enfermeros brindan atención posterior, asegurándose de que el donante se sienta bien y pueda recuperarse antes de abandonar el centro de donación. También ofrecen recomendaciones sobre hidratación y actividad física.

Procesamiento y almacenamiento de la sangre donada: Una vez recogida, la sangre es procesada y almacenada adecuadamente por el personal de laboratorio, pero los enfermeros supervisan que este proceso se realice de manera segura y eficiente.

Seguimiento de donantes: Los enfermeros pueden mantener registros de los donantes y coordinar futuras donaciones, fomentando la donación regular. Para brindar un excelente servicio en la donación de sangre, los enfermeros pueden seguir estas recomendaciones:

Comunicación amigable: Mantener una actitud amable y acogedora hacia los donantes crea un ambiente de confianza y comodidad.

Información clara: Proporcionar información completa y clara sobre el proceso de donación, incluyendo lo que pueden esperar antes, durante y después.

Escucha activa: Prestar atención a las preocupaciones y preguntas de los donantes, respondiendo con empatía y conocimiento.

Cuidado personalizado: Tratar a cada donante como un individuo único y adaptar la atención según sus necesidades y experiencias anteriores.

Comodidad y seguridad: Asegurarse de que la extracción de sangre sea lo menos dolorosa posible y que se sigan todas las medidas de seguridad y esterilización.

Seguimiento posterior: Brindar instrucciones claras sobre el cuidado posterior a la donación y asegurarse de que los donantes se sientan bien antes de irse.

Agradecimiento: Expresar gratitud por su generosa contribución y recordarles la importancia de su donación para salvar vidas.

Siguiendo estas recomendaciones, los enfermeros pueden contribuir a una experiencia de donación de sangre positiva y motivar a los donantes a seguir donando regularmente.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermeros son piezas clave en la cadena de donación de sangre, garantizando que el proceso se lleve a cabo de manera segura y eficaz. Su cuidado y atención son cruciales para mantener un suministro constante de sangre y salvar vidas a través de las transfusiones sanguíneas.

6 Bibliografía

1. Rosado-Pérez, G., & Varas-Díaz, N. (2019). Experiencias y Proceso DE duelo entre profesionales DE enfermería oncológica pediátrica: Experiences and grieving process among pediatric cancer nurses. *Revista Puertorriquena de psicología*, 30(2), 290.

Capítulo 40

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES-TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (PET-TAC) MÓVIL

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

La tomografía computarizada (TAC) móvil es una variante de esta técnica de diagnóstico médico que se realiza en unidades móviles equipadas con equipos de TAC avanzados. Estas unidades permiten llevar a cabo exploraciones médicas de alta calidad en ubicaciones remotas, en situaciones de emergencia o para pacientes que no pueden desplazarse fácilmente a un hospital o centro de diagnóstico. Aquí se destacan algunas características clave de las unidades de TAC móvil y su importancia:

Accesibilidad: Las unidades de TAC móvil acercan la tecnología médica a comunidades que pueden no tener acceso a un hospital o centro de diagnóstico. Esto es crucial en áreas rurales o durante situaciones de desastre.

Versatilidad: Estas unidades pueden utilizarse en diversas situaciones, como la evaluación de lesiones traumáticas en el lugar del accidente, el seguimiento de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos, o para atender a pacientes con movilidad reducida.

Rapidez: La disponibilidad de una TAC móvil permite obtener imágenes diagnósticas de manera más rápida, lo que puede ser vital en situaciones de emergencia médica.

Planificación quirúrgica: En casos de cirugía planificada, como la extirpación de tumores, la TAC móvil puede utilizarse para obtener imágenes precisas antes de la cirugía, lo que permite una planificación quirúrgica más precisa.

Reducción de riesgos: Al evitar el traslado innecesario de pacientes críticos, se minimizan los riesgos asociados con el transporte, especialmente en pacientes con condiciones médicas delicadas.

Amplio uso clínico: Se utiliza en una variedad de especialidades médicas, desde neurología y oncología hasta traumatología y cardiología, para diagnóstico y seguimiento.

En resumen, la TAC móvil desempeña un papel esencial en la atención médica al llevar tecnología de diagnóstico avanzada a lugares y situaciones donde se necesita con urgencia. Su capacidad para proporcionar imágenes precisas y rápidas contribuye significativamente a la toma de decisiones médicas y a mejorar la atención al paciente en diversas circunstancias.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del enfermero en el servicio de TAC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El enfermero desempeña un papel crucial en la realización de un PEC-TAC móvil. Aquí se describen las funciones esenciales que lleva a cabo en este proceso:

Preparación del paciente: El enfermero debe preparar al paciente para el procedimiento, explicándole en qué consistirá, cuánto tiempo tomará y si es necesario realizar preparaciones especiales, como el ayuno previo.

Evaluación de la historia clínica: Se encarga de revisar la historia médica del paciente, asegurándose de que no haya contraindicaciones para el PEC-TAC, como alergias a los contrastes o condiciones médicas preexistentes que puedan influir en el procedimiento.

Acceso a vena periférica: En muchos casos, se requiere la inserción de una vía intravenosa para administrar el contraste radiactivo necesario para el PEC-TAC. El enfermero se encarga de esta tarea, garantizando la asepsia y el confort del paciente.

Educación al paciente: Explica al paciente qué puede esperar durante el procedimiento, cómo debe mantenerse quieto y cuándo se inyectará el contraste. Proporciona apoyo emocional para aliviar la ansiedad.

Administración del contraste: Si se requiere contraste, el enfermero administra la sustancia radiactiva a través de la vía intravenosa de acuerdo con las indicaciones médicas.

Monitoreo durante el procedimiento: Durante la adquisición de imágenes, el enfermero observa al paciente a través de una ventana o cámara de observación para asegurarse de que se mantenga quieto y cómodo. Está preparado para responder a cualquier necesidad o inquietud que pueda surgir.

Después del procedimiento: Luego de la realización del PEC-TAC, el enfermero se asegura de que el paciente esté en buenas condiciones y puede retirar la vía intravenosa si es necesario. También registra cualquier efecto secundario o reacción adversa.

Comunicación con el equipo médico: El enfermero comunica cualquier hallazgo

importante o problema durante el procedimiento al equipo médico encargado de la interpretación de las imágenes.

Seguimiento y cuidados posteriores: En algunos casos, el enfermero puede proporcionar cuidados posteriores al paciente, como hidratación o monitorización adicional, según las necesidades.

El enfermero juega un papel esencial en la realización de un PEC-TAC móvil, desde la preparación del paciente hasta el monitoreo durante el procedimiento y la atención posterior. Su atención profesional y compasiva es fundamental para garantizar que el procedimiento se realice de manera segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para la realización de un PEC-TAC móvil es priorizar la seguridad del paciente en todo momento. Esto implica una verificación rigurosa de la identificación del paciente, la revisión de historiales médicos para detectar contraindicaciones y la adhesión estricta a las normas de radioprotección. Además, el enfermero debe estar atento a cualquier reacción adversa durante el procedimiento y tener la capacidad de intervenir de inmediato si surge alguna complicación. La seguridad del paciente es fundamental para garantizar que el procedimiento se realice sin riesgos innecesarios y para que el paciente tenga confianza en el proceso que se realiza.

6 Bibliografía

1. Rincón Mayans, A., Zudaire Diaz-Tejeiro, B., Rioja Zuazu, J., Díaz Dorronsoro, L., Rodríguez Fraile, M., Benito Boillos, A., & Zudaire Bergera, J. (2011). ¿Cómo contribuye la RMN, el PEC-TC y la ecografía transrectal en el diagnóstico y manejo del cáncer de próstata localizado?. Arch. esp. urol.(Ed. impr.), 746-764.

Capítulo 41

TAREAS DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA CON INGRESO

CRISTINA DONAIRE RIVERA

CAROLINA CAMPOS PÉREZ

ROSA ANA MARTÍNEZ GRANERO

MARTA MARÍN RUIZ

ALBA LÓPEZ-PELÁEZ

1 Introducción

La quimioterapia con ingreso es un tratamiento médico en el cual los pacientes reciben medicamentos anticancerígenos a través de una vía intravenosa (IV) o un catéter central mientras están hospitalizados o en una unidad de día en un hospital. Esta forma de administración se utiliza en situaciones en las que se requiere un control más cercano del paciente debido a la agresividad del tratamiento o a los efectos secundarios potencialmente graves.

Cuando un paciente es admitido para quimioterapia, se somete a una evaluación médica exhaustiva para determinar su estado de salud general y su capacidad para tolerar el tratamiento. El tratamiento se administra en ciclos, y la duración de la hospitalización depende de la respuesta del paciente y de la toxicidad de los medicamentos utilizados.

Durante el ingreso, los enfermeros desempeñan un papel esencial al monitorear continuamente al paciente para detectar cualquier reacción adversa, como náuseas, vómitos, fiebre o cambios en los niveles sanguíneos. También administran cuidados de apoyo, como medicamentos para aliviar los efectos secundarios, y brindan apoyo emocional.

La quimioterapia con ingreso permite un control más efectivo de la administración del tratamiento y una atención más rápida en caso de complicaciones. Además, facilita la coordinación entre el equipo médico y de enfermería para garantizar que el paciente reciba el tratamiento adecuado.

A pesar de las ventajas, puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente para los pacientes. Sin embargo, el objetivo principal de la quimioterapia con ingreso es aumentar las tasas de supervivencia y mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer al proporcionar un tratamiento intensivo y supervisado de manera cercana.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en el servicio de quimioterapia con ingreso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 central en la administración de quimioterapia con ingreso, proporcionando atención especializada y apoyo continuo a los pacientes durante su hospitalización. Aquí se describen en detalle las funciones clave que realiza un enfermero en este entorno:

Evaluación y planificación: Antes de iniciar la quimioterapia, el enfermero evalúa al paciente, revisa su historial médico y realiza una valoración física para deter-

minar su estado de salud y su capacidad para recibir el tratamiento. Además, colabora con el equipo médico en la planificación del régimen de quimioterapia adecuado para cada paciente.

Educación al paciente: Proporciona información detallada sobre el proceso de quimioterapia, los medicamentos utilizados, los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos. Esto ayuda a empoderar al paciente y a reducir la ansiedad.

Acceso vascular: Prepara y administra la vía intravenosa (IV) o el catéter central de acceso venoso si es necesario para la administración de la quimioterapia, garantizando la asepsia y la comodidad del paciente.

Administración del tratamiento: Supervisa la administración de los medicamentos quimioterapéuticos, asegurando que se sigan las pautas de seguridad y que el paciente reciba la dosis correcta en el momento adecuado.

Monitorización continua: Realiza un seguimiento constante del paciente durante la administración de la quimioterapia, observando signos vitales y cualquier signo de reacciones adversas. Está preparado para intervenir inmediatamente en caso de una respuesta alérgica o cualquier otra complicación.

Manejo de efectos secundarios: Proporciona cuidados de apoyo para aliviar los efectos secundarios de la quimioterapia, como náuseas, vómitos, fatiga y dolor. Puede administrar medicamentos antieméticos y otros tratamientos según sea necesario.

Cuidado emocional: Brinda apoyo emocional al paciente y a su familia, reconociendo el estrés y la ansiedad asociados con la quimioterapia. Escucha sus preocupaciones y ofrece recursos para ayudar a afrontar la situación.

Documentación precisa: Mantiene registros precisos de la administración de la quimioterapia, los signos vitales y cualquier reacción del paciente para garantizar un seguimiento adecuado y la comunicación con el equipo médico.

Coordinación de cuidados: Trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como oncólogos, radiólogos y farmacéuticos, para garantizar una atención integral y coordinada para el paciente.

Seguimiento post-tratamiento: Después de la administración de la quimioterapia, el enfermero continúa supervisando al paciente para detectar cualquier efecto secundario tardío o complicación y brinda apoyo en la transición a la atención

ambulatoria.

El enfermero desempeña un papel multifacético y esencial en la quimioterapia con ingreso, asegurando que el tratamiento se administre de manera segura, que el paciente reciba el apoyo necesario y que se gestionen adecuadamente los efectos secundarios. Su atención compasiva y competente contribuye significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes con cáncer.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave del enfermero en la realización de quimioterapia con ingreso es mantener una atención centrada en el paciente. Esto implica escuchar activamente las preocupaciones del paciente y brindar apoyo emocional, ya que la quimioterapia puede ser emocionalmente desafiante. Además, se debe garantizar una comunicación abierta y efectiva con el paciente y su familia, explicando claramente el proceso y los efectos secundarios esperados.

La seguridad es primordial, por lo que el enfermero debe ser meticuloso en la administración del tratamiento y la monitorización constante del paciente para detectar cualquier reacción adversa.

La educación es fundamental. Se debe proporcionar información detallada sobre el tratamiento y cómo lidiar con los efectos secundarios. Finalmente, se recomienda mantener registros precisos para garantizar un seguimiento adecuado y una atención coordinada con el equipo médico.

Una atención compasiva, informativa y segura es esencial para hacer que la experiencia de la quimioterapia con ingreso sea lo más cómoda y efectiva posible para el paciente.

6 Bibliografía

1. Ferreiro, J., García, J. L., Barceló, R., & Rubio, I. (2003). Quimioterapia: efectos secundarios. *Gaceta Médica de Bilbao*, 100(2), 69-74.

Capítulo 42

ASPECTOS GENERALES DE LA VACUNACIÓN

CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

BELÉN GARCÍA CUETO

1 Introducción

Se denomina vacuna a cualquier preparación que tiene como fin generar inmunidad frente a una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.

En cambio, inmunización es un concepto más amplio, ya que incluye todo el proceso de generar una inmunidad de forma artificial administrando un producto inmunobiológico a un individuo sano con el fin de prevenir una patología infecciosa. Existen dos tipos de inmunización, la activa, que consiste en administrar una vacuna y que el propio individuo genere los anticuerpos, o bien que los genere al pasar la enfermedad; y la pasiva, en la que el producto que se administra es una inmunoglobulina o un suero que contiene ya anticuerpos frente a la enfermedad que se quiere prevenir. La inmunización pasiva se mantiene durante poco tiempo, mientras que la activa puede durar años o incluso toda la vida.

También existen dos tipos principales de vacunas, las vivas atenuadas y las inactivadas, con diferentes características.

Los calendarios vacunales proponen la administración sistemática de determinadas vacunas, pero también pueden administrarse según indicaciones individualizadas del paciente o del contexto del mismo. El primer calendario vacunal en España se realizó en 1975. En la actualidad existe un calendario vacunal diferente en cada CCAA, aunque todos ellos se basan en las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos generales de la vacunación.
- Describir el papel de la enfermera en el proceso de vacunación.
- Explicar los diferentes tipos de vacunas 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

Las vacunas vivas atenuadas se obtienen a partir del microorganismo que produce la enfermedad (virus o bacteria), que se modifica en laboratorio para que pierda patogenicidad, pero que conserven su capacidad de inducir inmunidad (inmunogenicidad). La principal ventaja de este tipo de vacunas es la alta inmunogenicidad que permite en muchos casos usarlas sin necesidad de añadir adyuvantes y que generan inmunidad suficiente con dosis únicas o pocas dosis. Esto se debe a que es lo más similar al microorganismo causante de la enfermedad, y por ello la respuesta inmune que produce es más potente. En ocasiones, a pesar de que la dosis de microorganismo que se administra es muy baja, puede producir un cuadro leve de la enfermedad, que se registraría siempre como una reacción adversa a la vacuna. Como desventaja, se trata de productos lábiles y que pueden inactivarse fácilmente por calor, exposición a la luz, etc.

Las vacunas inactivadas contienen el virus o bacteria entero o fraccionado (contienen proteínas o polisacáridos). Por lo general, provocan una respuesta menos intensa y duradera. Por ello habitualmente se administran con adyuvante. Para que se produzca una respuesta suficiente es necesario administrar varias dosis como primovacunación, y en algunos casos dosis de refuerzo cada cierto tiempo. Su mayor ventaja es la seguridad, ya que el microorganismo no puede replicarse en el organismo y, por tanto, no es posible que causen enfermedad.

La administración de vacunas supone resultados en salud en dos niveles. Por un lado, los individuos a los que se administran se ven beneficiados al prevenir que padezcan esa enfermedad (inmunidad individual). Por otra parte, la población a

la que pertenecen las personas vacunadas también obtiene beneficio, ya que la existencia de personas inmunes en la comunidad disminuye la circulación del microorganismo y, por tanto, la probabilidad de contraer la enfermedad, incluso no habiendo sido vacunados (inmunidad colectiva).

Un calendario vacunal es el cronograma o secuencia cronológica que establece las vacunas a administrar de forma sistemática en un territorio determinado, y que tiene como fin conseguir una correcta inmunización de su población. Los mejor definidos son los que están dirigidos a población infantil, aunque también existen recomendaciones para otras edades y colectivos. Estas recomendaciones se establecen en función de disponibilidad y características de las vacunas, epidemiología de la enfermedad, coste-beneficio, etc.

Todas las vacunas administradas se registran en el historial vacunal dentro de la historia clínica del paciente. Esto permite a nivel individual conocer el estado vacunal del paciente y, por otra parte, conocer la cobertura vacunal de la población y la eficacia de las campañas e indicaciones de vacunación. Es conveniente facilitar también a la persona el documento que acredite su estado vacunal en el que consten vacunas administradas, fecha, lote y vacunas pendientes.

Para la correcta administración de una vacuna es necesario previamente comprobar el documento vacunal del paciente y realizar una pequeña anamnesis. De esta manera se busca evitar administrar dosis innecesarias, conocer reacciones adversas previas y establecer qué vacunaciones están recomendadas en ese paciente concreto. Posteriormente, se explicará al paciente qué vacunas vamos a administrar, frente a qué le protegen, beneficios, riesgos, vías de administración, posibles efectos secundarios, etc. Lo siguiente sería elegir el lugar de administración según la vía y la edad del paciente:

Intramuscular:

Menores de 12 meses: vasto externo o zona anterolateral externa del cuádriceps

Mayores de 12 meses: deltoides

Subcutánea o intradérmica: deltoides o tríceps en mayores de 12 meses, muslo en menores de esta edad.

Oral: administrar en los lados de la cavidad oral en posición de decúbito supino o ligeramente incorporado.

Intranasal: se administra la mitad de la dosis en cada fosa nasal.

El punto de inyección puede limpiarse si es necesario con agua y jabón o suero fisiológico, pero no debe aplicarse alcohol porque puede inactivar las vacunas vivas. No es necesario aspirar antes de la administración de la vacuna, puesto que en las zonas recomendadas no existen vasos de calibre importante. En caso de administración de varias vacunas en la misma visita se respetará una distancia de

2,5 cm entre los puntos de inyección. Si no se administran en el mismo momento, las vacunas inactivadas pueden administrarse con cualquier intervalo, pero dos vacunas vivas deben separarse como mínimo un mes.

Existen técnicas que pueden disminuir el dolor de la vacunación, especialmente en niños, por ejemplo permanecer en brazos del familiar, utilizar elementos de distracción, etc.

Tras la vacunación se deben desechar los residuos en el contenedor adecuado para residuos biopeligrosos.

5 Discusión-Conclusión

La vacunación constituye uno de los principales campos en promoción de la salud.

Una vacuna es cualquier preparación que se administra con el fin de estimular la producción de anticuerpos frente a una enfermedad. Si lo que se administra son directamente los anticuerpos se denomina inmunoglobulina o suero, según el caso.

Existen dos grandes grupos de vacunas, las vivas atenuadas y las inactivadas. En cuanto a vías de administración, existen vacunas subcutáneas, intramusculares, orales e intranasales.

En cada Comunidad Autónoma se establece un calendario vacunal basándose en las recomendaciones del Consejo Interterritorial, el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad.

Cualquier administración de vacuna se debe registrar debidamente en la historia clínica del paciente.

6 Bibliografía

- 1.Arrazola Martínez, MP, De Juanes Pardo JR, García de Codes Ilario A. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España, Impacto de los programas de vacunación. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33(1):58-65.
- 2.Forcada Segarra JA. Guía Práctica de Administración de Vacunas para Enfermería. Madrid: Undergraf; 2017.
- 3.Fernandez Prada M, Borrás López E, Mirada Masip G. Consideraciones generales y calendario básico de vacunaciones en el adulto. *Fisterra*. 2022.
- 4.Mirada Masip G, Fernández Prada M, Borrás López E. Técnicas de administración de vacunas. *Fisterra*. 2022.

Capítulo 43

PROTECCIÓN PERSONAL FRENTE A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

BELÉN GARCÍA CUETO

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas complicaciones infecciosas que ocurren durante la atención sanitaria, generalmente en el medio hospitalario, aunque muchas veces son diagnosticadas tras el alta. Suponen un aumento de la morbilidad, de las estancias hospitalarias y de los costes sanitarios y para el paciente y familia.

Para que un agente infeccioso se transmita es necesario un reservorio, un huésped susceptible y un medio de transmisión. Existen a su vez diversos factores que pueden favorecer la infección, como la inmunidad del huésped y sus patologías y dispositivos externos, así como la virulencia del microorganismo.

Se denomina equipo de protección personal al equipo especial que se utiliza para crear una barrera entre el profesional y los microorganismos, de forma que disminuye la probabilidad de exposición a contraer una determinada enfermedad. Seguir las precauciones de aislamiento recomendadas en cada caso es muy importante para el control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en cualquier centro sanitario, tanto hospitalario como de Atención Primaria.

Se establecen dos grandes grupos de medidas. Por un lado las precauciones estándar (lavado de manos y condiciones higiénicas) y por otro aquellas recomendaciones basadas en el mecanismo de transmisión de la enfermedad. También existen en muchos centros sanitarios recomendaciones específicas para evitar

infecciones por microorganismos multirresistentes, para el manejo de pacientes con determinadas fiebres hemorrágicas o con SARS-COV2 o COVID-19.

2 Objetivos

Conocer las medidas estándar de protección personal frente a enfermedades infecciosas.

Revisar los mecanismos de transmisión y las medidas adecuadas según éstos.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diversas bases de datos (Dialnet, Biblioteca Virtual GC Salud, Fistera, etc.). También han sido consultadas guías de práctica clínica sobre el tema de diversos hospitales y servicios de salud. Posteriormente se ha seleccionado y sintetizado la información más relevante.

4 Resultados

Las precauciones estándar son las más importantes de cara a la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Tienen como objetivo disminuir el riesgo de transmisión a través de sangre, fluidos corporales, piel no intacta y mucosas. Dichas recomendaciones deben aplicarse a todos los pacientes, sin tener en cuenta si padecen o no una enfermedad infecciosa. Dentro de estas precauciones estándar se encontraría el lavado de manos, que constituye la medida más importante en la prevención de infecciones. Existen dos tipos, el lavado de manos higiénico, que se realiza con agua y jabón, y el aséptico, que se lleva a cabo con jabón antimicrobiano o solución alcohólica. La Organización Mundial de la Salud establece los cinco momentos para el lavado de manos:

Previo al contacto con el paciente

Antes de realizar cualquier procedimiento limpio/aséptico o de manipular un dispositivo invasivo

Tras la exposición a fluidos corporales

Después del contacto con el paciente

Después del contacto con el entorno inmediato del paciente

El equipo de protección personal o EPP es el conjunto de elementos que tienen como fin proteger al profesional sanitario, y está compuesto por guantes, bata, mascarilla y protección ocular. La selección del tipo de equipo estará determinado

por el mecanismo de transmisión del agente infeccioso y el tipo de contacto que se va a establecer con el paciente.

Además del lavado de manos y los equipos de protección personal existen otras recomendaciones dentro de las precauciones estándar para prevenir infecciones, como el uso de material estéril de un único uso para extracciones y tratamientos invasivos y parenterales; la desinfección o esterilización del material reutilizable; las prácticas seguras con las inyecciones, etc.

Existen tres diferentes tipos de mecanismos de transmisión de agentes infecciosos, que determinarán las medidas de prevención a utilizar en cada caso: contacto, gotas y aire.

Precauciones en transmisión por contacto: es la vía más frecuente de transmisión, y puede ocurrir en contacto directo persona-persona o indirecto (a través de objetos o fómites). El EPP estará compuesto por guantes y bata. El uso de material clínico reutilizable si es posible será único para ese paciente. Se transmiten por contacto diversas infecciones entéricas (*Clostridium difficile*, rotavirus, hepatitis A, salmonella, etc.), cutáneas (herpes simple, herpes zóster, escabiosis, varicela, etc.), fiebre hemorrágica, conjuntivitis vírica, etc.

Precauciones en la transmisión por gotas: buscan evitar la transmisión a través de gotas de Pflügge (más de 5µm) que se producen al toser y hablar, además de durante procedimientos invasivos como aspirado o broncoscopias. Para su prevención se utilizarán mascarillas quirúrgicas además de las precauciones estándar. Se transmiten por esta vía enfermedades estreptocócicas, respiratorias víricas (gripe, rubeola, adenovirus, etc.), *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, tos ferina, difteria faríngea, etc.

Precauciones en transmisión por aire: en este caso los patógenos se encuentran en partículas menos de 5µm procedentes de las vías respiratorias que pueden quedar suspendidas en el ambiente durante cierto tiempo. Se usarán mascarillas protectoras de partículas con filtros, FFP2 para estar en contacto con el paciente, FFP3 para procedimientos o maniobras que puedan generar aerosoles o si el aislamiento es por tuberculosis. Para procedimientos que generan aerosoles además se utilizará una protección ocular. Se transmiten por esta vía la tuberculosis, varicela, sarampión, herpes zóster, fiebres hemorrágicas, etc.

Existe un último tipo de aislamiento, el aislamiento inverso, que busca proteger a un paciente vulnerable de cualquier tipo de patologías infecciosas. Se utiliza en pacientes inmunodeprimidos. Se usará bata, gorro, mascarilla quirúrgica y guante para el contacto con el paciente. El material reutilizable será de uso único para ese paciente o se desinfectará antes y después de su uso.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria o IRAS son las complicaciones durante la asistencia sanitaria de carácter infeccioso.

Las IRAS aumentan la morbimortalidad, las estancias hospitalarias y los costes. Para la transmisión de un agente infeccioso se necesita un reservorio, un huésped susceptible y un medio de transmisión.

El equipo de protección personal o individual son los elementos que funcionan como barrera entre el profesional sanitario y los microorganismos causantes de enfermedades infecciosas.

Existen precauciones estándar para la prevención de IRAS (lavado de manos, EPP), y otro tipo de medidas basadas en el mecanismo de transmisión de la enfermedad. Los diferentes tipos de mecanismos de transmisión de agentes infecciosos son: contacto, gotas y aire.

6 Bibliografía

Sangorrin Iranzo A. Precauciones de aislamiento en la atención sanitaria. *An Pediatr Contin.* 2014; 12 (6): 340-343

Precauciones y aislamientos en patología infecciosa. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, Sacyl, Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>

Ramos Cuadra AM, Enríquez Maroto MF, Martín Pérez FJ, Fernández Sierra MA, Martínez Nogueras R. Guía de aislamientos para la prevención de las enfermedades transmisibles en el hospital. Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. 2022.

Capítulo 44

ANOREXIA NERVIOSA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria en el que la paciente tiene alterada su propia imagen corporal. Esa imagen corporal es la que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo. Este tipo de pacientes, a la hora de hacer una valoración de su propio cuerpo, manifiestan percepciones totalmente opuestas a la realidad en cuanto a las dimensiones reales. Ellas se ven con unas proporciones no reales, siempre se ven mucho más grandes de lo que realmente es. Está incluida dentro de los trastornos de la alimentación descritos en la DMS-IV.

La anorexia como tal es un síntoma que puede ir asociado a cualquier otra patología. Se produce una disminución del apetito por lo que disminuyen las ingestas y también el peso.

Las características principales de la anorexia nerviosa son, como ya hemos dicho antes, alteración de la imagen corporal junto con una disminución de las ingestas lo que conlleva una pérdida de peso. Estas personas tienen una imagen tan distorsionada de su cuerpo que siempre tienen la percepción de que su peso es mucho más superior de lo que realmente es.

Las personas con este trastorno tienen fobia al aumento de peso por lo que ellas mismas se restringen la comida intentando adelgazar constantemente.

2 Objetivos

Saber diferencias los diferentes tipos de anorexia nerviosa
Conocer los factores de riesgo asociados a esta enfermedad
Exponer los cuidados de enfermería en el tratamiento

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica utilizando tanto artículos como libros referentes al tema que se ha tratado. Para la búsqueda de dichos documentos he utilizado bases de datos como Pubmed o scielo, además de buscadores como google.

Las palabras clave utilizadas fueron: anorexia, trastorno conducta alimentaria y tratamiento.

4 Resultados

la anorexia nerviosa es uno de los trastornos de la conducta alimentaria que más difícil abordaje clínico y terapéutico tiene. A pesar de los estudios e investigaciones, no se han logrado establecer unas causas específicas que desencadenen este trastorno.

Generalmente, es una patología prevalente en mujeres adolescentes, de entre 14-18 años, aunque podría aparecer en cualquier género y edad.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa: anorexia nerviosa restrictiva y anorexia nerviosa purgativa.

La anorexia nerviosa restrictiva es aquella en la que los pacientes rechazan la ingesta de alimentos. Evitan comer siempre que pueden, ya que lo asocian con un incremento de peso y es algo a lo que tienen fobia.

La anorexia nerviosa purgativa se divide en dos etapas. Una primera en la que el paciente realiza ingestas compulsivas y desproporcionadas, lo que comúnmente se conoce como atracones. Y una segunda etapa en la que el paciente se siente culpable por lo que ha hecho y se arrepiente, por lo que “purga” lo que ha ingerido previamente, mediante vómito o utilizando laxantes.

Este tipo de anorexia, fácilmente se puede confundir con la bulimia nerviosa a pesar de no ser lo mismo. Se diferencian en que un paciente con anorexia nerviosa tiene un infrapeso muy por debajo de su peso ideal.

La anorexia nerviosa cursa con varios síntomas, siendo el principal la pérdida extrema de peso y el resto suelen ir asociados a esta pérdida tan exagerada. El paciente desarrolla una fobia intensa a un posible aumento de peso a pesar de que, en realidad, el peso está descendiendo muy rápidamente. Ellos no son conscientes de su enfermedad por lo que niegan rotundamente esa pérdida de peso. El resto de síntomas asociados pueden ser: hipotensión, caída del cabello, ausencia de la menstruación en mujeres, problemas en la piel, cansancio, insomnio, etc.

Algo muy importante en este trastorno es detectar rápidamente los signos de alarma que, sin darse cuenta, están teniendo los pacientes. Algunos de estos signos son:

Preocupación excesiva por la comida. Contar calorías, restringir las grasas excesivamente...

Pérdida de peso excesiva en un breve periodo de tiempo

Sentimiento de culpabilidad tras las comidas

Ir al baño inmediatamente tras las comidas

Obsesión por el ejercicio físico

Cambios en la forma de vestir, suelen optar por ropas anchas para esconder su cuerpo.

El origen de esta enfermedad no se ha logrado averiguar, pero sí que con el tiempo se ha demostrado que hay algún factor de riesgo que puede desencadenar su aparición. Estos son:

Factores sociales. Actualmente, las redes sociales ocupan un papel muy importante, debido a que lo que se muestra en ellas que suelen ser un tipo de cuerpos extremadamente delgados y con unas vidas demasiado perfectas. Esto provoca comparaciones que siempre son negativas y contraproducentes para este tipo de patologías. También son importantes los grupos sociales y el entorno con el que se relacionen.

Factores personales. Este tipo de pacientes suelen ser extremadamente perfeccionistas y con baja autoestima. Se exigen demasiado a sí mismos y su frustración si no consiguen lo que se han propuesto la pagan con su cuerpo.

Factores familiares. Los problemas familiares suelen ser un factor clave en el desarrollo de esta enfermedad.

Este tipo de pacientes se suele seguir en los centros de atención primaria y como caso extremo, precisaría un ingreso hospitalario que se realizará en caso de que el IMC sea menos de 15 y/o existan ideas de autolesión.

En cuanto al tratamiento, existen dos tipos: el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico. Los fármacos de elección son antidepresivos, eutimizantes normotímicos para normalizar el estado de ánimo, antianoréxicos

para estimular el apetito y benzodiacepinas para controlar la ansiedad. El tratamiento psicológico que se realiza en este tipo de pacientes suele ser terapias individuales de grupo o de familia y modificación de la conducta.

5 Discusión-Conclusión

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos de la conducta alimentaria más comunes en mujeres adolescentes. Estas pacientes tienen una imagen totalmente distorsionada de lo que realmente es su cuerpo.

Este tipo de trastorno es restrictivo con la comida, evitan realizar ingestas para no coger peso.

Hay dos tipos: anorexia nerviosa restrictiva y anorexia nerviosa purgativa. Esta última en muchas ocasiones se puede llegar a confundir con la bulimia aunque no son la misma enfermedad.

Es muy importante, en cuanto a prevención, ver los signos de alarma que estos pacientes nos van dejando, para así poder actuar tempranamente y evitar algún caso.

6 Bibliografía

1. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Ed. Masson, 1995:557-9.
2. Schilder P. Image and appearance of the human body. Londres, Inglaterra: Kegan Paul, Trench Trubner and Co, 1935.
3. Sepúlveda AR, Gandarillas A, Carrobes, JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2004.
4. Kaye WH, Bulik CM, Plotnicov K, Thornton L, Devlin B, Fichter MM, Treasure J, Kaplan A, Woodside DB, Johnson CL, Halmi K, Brandt HA, Crawford S, Mitchell JE, Strober M, Berrettini W, Jones I. (2008). «The genetics of anorexia nervosa collaborative study: methods and sample description. ». Int J Eat Disord 41: 289-300.

Capítulo 45

IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALUD LABORAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

1 Introducción

La enfermería se ha convertido en una profesión fundamental dentro de los centros de salud como hospitales o clínicas privadas. Los profesionales de enfermería constituyen la mayor parte de la plantilla de trabajo en los servicios sanitarios. (1) Sin embargo, factores como la globalización, los cambios en el estilo de vida de la sociedad, la escasez de estos profesionales y/o envejecimiento de los trabajadores ponen en riesgo el estado de salud de los profesionales de enfermería. (2)

Los/as enfermeros/as desempeñan tareas de trabajo tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalarias, además, dentro de ellas incluyen tareas asistenciales, de gestión, educación e investigación. La principal actividad laboral de estos profesionales es el cuidado y la asistencia, sin embargo, no solo se involucran

en el paciente, sino también con los familiares de estos, implicando su tiempo, energía y sentimientos. (3)

Otro aspecto que impacta en la salud laboral de los/as enfermeros/as son las condiciones de trabajo ya que la realidad económica mundial, la competitividad en el mercado, los tipos de contrataciones, el aumento de la productividad ha llevado a un deterioro de las condiciones laborales, disminuyendo también las remuneraciones. (4)

En este sentido, los profesionales se encuentran en constante presión de trabajo, enfrentándose a situaciones de dolor, sufrimiento, y defunciones de los pacientes. Además, la falta de trabajadores, la carga de trabajo y el cansancio emocional provoca un deterioro en la calidad del cuidado. (5)

Por lo tanto, esta situación laboral implica daños en la salud física y psicológica de estos profesionales, en las cuales acaban expresándose en enfermedades musculoesqueléticas, trastornos gastrointestinales, así como sensaciones de frustración e irritabilidad. Por ello a través de esta revisión sistemática se pretende conocer los riesgos de los cuidados de enfermería en la salud de estos profesionales.

2 Objetivos

Identificar los riesgos asociados a los cuidados y asistencia de enfermería y su impacto en la salud de estos profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se utilizaron las bases de datos Pubmed y Scholar Google combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (nursing care AND workplace health). 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 debían ser profesionales de enfermería, 2) evaluar y/o describir todo tipo de problemas de salud en esta población y 3) artículos publicados a partir de 2017. Se excluyeron los estudios de caso.

4 Resultados

En esta revisión sistemática se han incluido tres estudios. Uno de ellos analizó los problemas de salud que afectan a este colectivo sanitario y sus factores asociados. Se realizó una encuesta tanto a enfermeros como auxiliares de enfermería, los autores observaron que el 61,2% de los participantes, de los cuales el 27% eran enfermeros y el 73% auxiliares, reportaron sufrir al menos una lesión o enfermedad diagnosticada. El 59,6% refería tener dos o más problemas de salud.

Aquellos que reportaban lesiones o algún diagnóstico relataban tener hábitos como el tabaco, uso de medicamentos, tener otro empleo, y hacer horas extras. Por otro lado, este colectivo con lesión o diagnóstico presentaban mayor edad, más tiempo de trabajo en la unidad y con ello mayor estrés. Los auxiliares de enfermería presentaron el mayor número de lesiones comparado con los enfermeros, además de contar con otro empleo, tener mayor cansancio tras la jornada laboral. (6)

Otro de los estudios incluidos en esta revisión sistemática analizó los factores de riesgo psicosociales en la salud en los profesionales de enfermería de los servicios asistenciales. Los principales resultados evidenciaron que los profesionales de enfermería tienen una alta exposición a factores de riesgo psicosocial. Los principales factores fueron las exigencias cualitativas, es decir la cantidad de trabajo y el tiempo que estos profesionales tienen para llevarlo a cabo. Otro de los factores más estresantes es la doble presencia, esto hace referencia a que los profesionales de este colectivo tienen exigencias simultáneas como es trabajar en otra institución o centro sanitario, o con las tareas del hogar. Las demandas emocionales es un factor al que este colectivo tiene una gran exposición, ya implica convivir con el sufrimiento o dolor en determinadas ocasiones. Por lo tanto, estos factores psicosociales ligados al deterioro de las condiciones laborales pueden llegar a generar alteraciones en la salud y bienestar laboral de los trabajadores. (7)

El tercer estudio analizado en esta revisión sistemática evaluó los factores principales que aumentan el estrés laboral en las enfermeras gestoras, así como las estrategias para afrontar este tipo de situaciones. Los resultados mostraron que las principales fuentes que generan estrés a este colectivo son la gran carga de trabajo, la falta de recursos en las unidades de trabajo, así como las responsabilidades económicas. Además, se observó que la mayoría de las enfermeras gestoras presentaban unos niveles moderados de estrés. Las principales estrategias para

controlar el estrés fueron el apoyo social entre compañeros de trabajo y el control del trabajo. (8)

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión trata un tema relevante como es la salud de los profesionales de enfermería. Para ello, se han escogido investigaciones científicas publicadas en los últimos años que abordan los factores que conllevan lesiones o problemas de salud en este colectivo, así como estrategias que podrían ayudar a reducir el estrés. Los principales hallazgos en este trabajo han demostrado que la mayoría de los trabajadores de este colectivo presentan niveles moderados de estrés, altas cargas de trabajo, demandas emocionales, así como lesiones o diagnósticos de enfermedad. A pesar de la evidencia existente se necesita mayor investigación para identificar estrategias que favorezcan las condiciones laborales y con ello la salud y bienestar de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Smyth W, Lindsay D, Holmes C, Gardner A, Rahman KM. Self-reported long-term conditions of nurses and midwives across a northern Australian health service: a survey. *Int J Nurs Stud*. 2016;62:22-35.
2. Añez C. Flexibilidad laboral: ¿fin del trabajo permanente? *Telos: Rev. Estud. Interdisc. Cienc. Soc.* 2016, 18(2), 250-65.
3. Murofuse N, Abranches S, Napoleao A. Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(2): 255-61.
4. Següel Palma, Fredy, Valenzuela Süazo, Sandra, & Sanhueza Alvarado, Olivia. The work of professional nursing: a literature review. *Ciencia y enfermería*, 2015. 21(2), 11-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200002>.
5. Van Bogaert P. Commentary on Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz M, Kohler T, et al. (2010). Burnout in nurses-the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs* 19, 1654-1663. *J Clin Nurs*. 2011; 20(5-6): 913-4.
6. Bordignon, Maiara, & Monteiro, Maria Inês. Problemas de salud entre profesionales de enfermería y factores relacionados. *Enfermería Global*. 2018. 17(51), 435-469. Epub 01 de julio de 2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.302351>
7. Vásquez, M. M. O., Ramírez, Y. C. Z., & Bello, G. P. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2019. 18(1), 5.

8. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Leocadio MC, Van Bogaert P, Cummings GG. Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2018 Apr;27(7-8):1346-1359. doi: 10.1111/jocn.14165.

Capítulo 46

ENFERMERÍA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

TAMARA OLIVA LEÓN

NEREA CABALLERO CALERO

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios con gran volumen de pacientes, como son los hospitales, se requiere que sus dotaciones estén provistas de un servicio especial como es la farmacia hospitalaria. Este servicio es especializado dado que se encarga de preparar, escoger, almacenar, combinar si es necesario unos medicamentos con otros y en última instancia dispensar esta medicación. Además, en esta farmacia también contaremos con otros productos sanitarios muy variados. Es la dirección médica del hospital quien requiere de un servicio de estas características para que todos y cada uno de los pacientes que habiten en el hospital reciban la medicación o tratamiento necesario en ese momento.

Las personas que forman el equipo y que se encargan de trabajar en el servicio de la farmacia del hospital son las siguientes: los profesionales licenciados en

farmacia, los diplomados/as en enfermería, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los celadores de farmacia, todos ellos en cadena hacen posible que el trabajo de la farmacia salga cada día adelante de forma rápida y eficaz. Es por eso, que el papel del diplomado/a de enfermería en ese servicio es esencial para que previa prescripción del equipo facultativo se adecúe de forma correcta los fármacos y tratamientos a los pacientes con las dosis adecuadas.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del servicio de la farmacia hospitalaria.
- Conocer las tareas que el diplomado/a de enfermería debe llevar a cabo durante su jornada laboral en este servicio.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Pubmed, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: farmacia, hospitalaria, enfermería. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Para comenzar esta sección, supongamos que la jornada laboral del estudiante de posgrado es un día laboral

La enfermería en una farmacia hospitalaria requiere un alto nivel de experiencia Responsabilidad, concentración y atención al detalle, porque este profesional debe asumir un papel fundamental para garantizar la seguridad del paciente en el ambiente hospitalario. Tareas que deben resolver los graduados en enfermería en este servicio se enumerarán a continuación:

- En primer lugar, un especialista se reúne con su equipo en el turno de mañana de farmacia y revisar juntos el plan de tratamiento del paciente
- Durante el día. - Tan pronto como se explique cada procedimiento diario
- Todos los pacientes, un experto en el campo de la enfermería, están dirigidos a una farmacia hospitalaria

Para organizar, preparar y difundir los medicamentos necesarios para estos pacientes, además de la nutrición necesaria y los seminarios estériles. - Los pacientes con enfermedades como el cáncer deben ser un tratamiento más específico, como la quimioterapia, el síndrome farmacéutico del hospital
Tienes que trabajar en otra sala farmacéutica, como el hogar
Células porque son tratamientos muy específicos,
Su preparación requiere una excelente capacitación y debe hacerse.
Entorno seguro, debido a contratos y manipulación de esta droga
Esto causa una toxicidad muy alta. Si el profesional que la atiende sabe o sospecha que está embarazada, en ningún caso podrá hacerlo. Después de eso, el medicamento terminado se entregará a asegurándose de que la farmacia tenga las unidades adecuadas para que esto suceda bajo la guía de una enfermera registrada recomendada y supervisada
Estado de salud del paciente después de tomar el medicamento. Cabe señalar que los médicos, por ejemplo, los estudiantes de posgrado, enfermeras conocedoras y capacitadas
Prescribir medicamentos seguros y eficaces a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este servicio de atención médica, como es la farmacia hospitalaria, añade un enorme valor a la vida y a la salud de los pacientes que se encuentren hospitalizados en ese momento. La dotación de estos servicios con los profesionales sanitarios adecuados como son los licenciados en farmacia y los diplomados/as en enfermería con la capacidad y la formación necesaria en la rama son la razón por la cual esta área de la sanidad es tan importante, ya que, gracias a ella, los distintos pacientes que se encuentran en los hospitales pueden recibir la medicación que les hace falta, en función de sus necesidades principales.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Farmacia_hospitalaria
2. <https://laribera.san.gva.es/wp-content/uploads/2020/06/FARMACIAHOSPITALARIA.pdf>
3. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/salade-prensa/noticias/item/15649-la-desconocida-enfermera-de-la-farmaciahospitalaria>

Capítulo 47

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

TAMARA OLIVA LEÓN

NEREA CABALLERO CALERO

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

1 Introducción

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

También puede ser un procedimiento complicado que requiere cuidados intensivos que afecta la calidad de vida de los pacientes. Para evitar complicaciones y favorecer una recuperación completa, los pacientes que se someten a una traqueotomía requieren atención de enfermería especializada. El mantenimiento de la vía aérea, el control de secreciones, la limpieza de cánulas, el monitoreo de la saturación de oxígeno, la prevención de infecciones, la movilización y el cuidado

postural son parte del cuidado de enfermería brindado a los pacientes con traqueostomía. También reciben nutrición e hidratación adecuadas. De este cuidado depende la prevención de problemas respiratorios, la reducción del riesgo de infección y la promoción de una recuperación eficiente y rápida. Es crucial recordar que los cuidados de enfermería se brindan a los pacientes con las necesidades de cada paciente deben informar el tipo de traqueotomía que se realiza.

2 Objetivos

- Describir las funciones de enfermería con pacientes con traqueotomía.
- Exponer estrategias para la prevención de complicaciones y fomentar la curación completa.

3 Metodología

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

4 Resultados

No se puede exagerar la importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con traqueotomía complicaciones y fomentar la curación adecuada. La limpieza de la cánula es uno de los principales procedimientos de mantenimiento para evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Es fundamental para una limpieza a fondo que el profesional de enfermería conozca bien la anatomía de la tráquea y el procedimiento adecuado de limpieza. El manejo de infecciones es un componente crucial adicional de la atención de enfermería para pacientes con traqueotomía. La cánula es un lugar ideal para él. El profesional de enfermería debe practicar procedimientos asépticos y practicar una buena higiene, incluyendo lavarse las manos con frecuencia y esterilizar las herramientas de atención al paciente. Además, es crucial para el cuidado de enfermería de los pacientes con traqueotomía el control de la saturación de oxígeno. La saturación de oxígeno debería ser monitoreado continuamente para identificar rápidamente cualquier caída en los niveles de oxígeno en la sangre, lo que puede

ser un signo de obstrucción de las vías respiratorias o ventilación inadecuada. Además, la movilización y el cuidado postural son cruciales en el tratamiento de pacientes con traqueostomía porque pueden evitar la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Es crucial que el paciente esté lo suficientemente movilizado y que su posición se cambie con frecuencia con el fin de prevenir la acumulación de secreciones y la obstrucción de las vías respiratorias. Finalmente, la atención de enfermería a los pacientes con traqueotomías requiere que estos reciban una adecuada nutrición e hidratación. Para mantener la salud y prevenir complicaciones, es fundamental asegurarse de que el paciente reciba suficiente nutrición e hidratación.

5 Discusión-Conclusión

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

6 Bibliografía

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

Capítulo 48

LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL INVESTIGACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MOHAMED EL AZZOUZI NASSIRI

TAMARA OLIVA LEÓN

NEREA CABALLERO CALERO

JOSE LUIS MARTINEZ GOMEZ

DAVID FUENTES FERNANDEZ

1 Introducción

La presión intraabdominal es aquella confinada dentro de la cavidad abdominal. Presenta variaciones con la respiración, pero en condiciones normales fluctúa alrededor de 5 mmHg y en adultos críticamente enfermos de 5-7 mmHg.

Se cree que la presión intraabdominal (IAP) de un paciente enfermo es un indicador crucial de su desempeño en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Para medir la PIA se utiliza un catéter de presión intraabdominal (IAPC), que se inserta a través de la pared abdominal y se conecta a un monitor para registrar las lecturas de la presión arterial. Las enfermeras están a cargo de administrar la CPIA, realizar un seguimiento de la misma, interpretar los resultados y poder transmitir con precisión los hallazgos al equipo médico. La presión abdominal existente,

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

2 Objetivos

Demostrar, a través de la enfermería, la importancia de la medición de la PIA y los deberes que implica el trabajo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

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

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

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

1. Preparación: La enfermera se asegura de que el paciente esté en la posición adecuada y reúne todos los materiales necesarios para la inserción del catéter de presión intraabdominal. El paciente también recibe una explicación del procedimiento y se le da la oportunidad de dar su consentimiento.

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

5 Discusión-Conclusión

La conclusión y opinión a destacar del estudio e investigación realizada por el profesional de enfermería es que el enfermero debe utilizar técnicas de colocación de catéteres y siempre tener los conocimientos suficientes para poder interpretar los datos recopilados. El monitoreo continuo crucial, la respuesta del paciente al tratamiento, el mantenimiento continuo y la extracción oportuna y adecuada del catéter.

Para informar de cualquier circunstancia singular o para mantener una comunicación constante con el equipo médico que atiende al paciente, estos deben estar en constante contacto.

Las enfermeras deben controlar de cerca los niveles de presión y la funcionalidad del catéter en todo momento, deben alertar al personal médico de inmediato si se encuentran problemas relacionados con el catéter.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>.
2. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sc>.

Capítulo 49

INTERVENCIONES SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA.

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

Según la Asociación Española contra el Cáncer, el cáncer colorrectal representa el tumor más diagnosticado en la población masculina y el segundo en mujeres. Se estima que su incidencia es alrededor de 1,5 veces mayor en hombres y en el año 2022 su diagnóstico en la población española supuso un porcentaje mayor al 15% de todos los cánceres diagnosticados.

Según los datos de esta Asociación, en el año 2022 fueron, 15264 las personas fallecidas a causa de este tumor, considerándose la segunda causa de muerte por cáncer en la población en general.

Teniendo en cuenta estas cifras, podemos considerar el cáncer colorrectal como una enfermedad que representa una carga significativa para la salud pública.

Esta enfermedad es grave, pero afortunadamente hay medidas adoptadas que han resultado eficaces para reducir el riesgo. En los últimos años, también se han puesto en práctica programas de promoción de la salud para la detección temprana de este tipo de tumor. Los enfermeros, en su rol multifacético, tienen la

capacidad única de abordar factores de riesgo, proporcionar educación y apoyar a los pacientes a lo largo del proceso, por lo que desempeñan un papel esencial en la promoción de intervenciones saludables para prevenir esta enfermedad y para incentivar a la población a participar en las pruebas de cribado.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

1. Examinar los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal.
2. Analizar las diversas estrategias que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para reducir el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía disponible en la literatura científica, se consultaron artículos que abordaban el tema a tratar, así como documentación actualizada de organizaciones y asociaciones implicadas en este problema de salud. Para realizar la búsqueda se consultaron bases de datos electrónicas como PubMed, CINAHL o Scopus. Se utilizaron palabras claves como “cáncer colorrectal”, “factores de riesgo”, “prevención” y “detección precoz”. Se seleccionaron aquellos artículos y publicaciones que contenían la información más relevante para abordar el tema a tratar.

4 Resultados

El cáncer colorrectal es una enfermedad en la cual las células en el colon o el recto se multiplican sin control. Comienza en forma de pólipo en el colon o el recto y puede convertirse en cáncer con el paso del tiempo.

Existe una serie de factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad que pueden diferenciarse entre prevenibles y no prevenibles.

Factores de riesgo prevenibles: Son aquellos que pueden ser modificados por el individuo.

- Sedentarismo

- Sobrepeso y obesidad, especialmente la obesidad abdominal. El exceso de peso incrementa los niveles de hormonas como la insulina y el factor de crecimiento

insulínico 1, que pueden contribuir al desarrollo de algunos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer colorrectal. Además, las personas que aumentan más de 20 kg de peso corporal en la edad adulta presentan un 60% mayor de riesgo de desarrollar este tipo de tumor.

- Consumo de alcohol.
- Tabaquismo

Factores de riesgo no prevenibles:

- Edad. Este tipo de cáncer puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero a partir de los 50 años el riesgo se incrementa considerablemente. El 90% de los pacientes diagnosticados son mayores de 40 años.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- Antecedentes personales de enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa.
- Antecedentes personales de pólipos precancerosos o cáncer colorrectal previo.

Programas de screening

Estos programas pueden ayudar a detectar este cáncer en sus etapas iniciales, cuando es más tratable. Pueden transcurrir en torno a 10 años desde el comienzo del crecimiento anormal celular hasta la aparición de los pólipos. Con estas pruebas de detección precoz, la mayoría de las veces los pólipos pueden ser encontrados, procediendo a su extirpación antes de que se conviertan en cáncer.

Se recomienda que, a partir de los 45 años, las personas comiencen a realizarse pruebas de detección rutinaria. Estas pruebas consisten en un análisis de material fecal para la detección de sangre oculta en heces. También se puede realizar un examen de ADN en las heces.

Las personas con antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal deberán realizarse colonoscopias o sigmoidoscopias con la frecuencia determinada por el especialista.

Con base en los factores de riesgo mencionados y a los programas de detección precoz que en la actualidad se han desarrollado desde los equipos de atención primaria, se pueden exponer una serie de intervenciones que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo una eficaz prevención para el desarrollo de esta enfermedad:

1. Educación y Concientización: La educación es clave para la prevención. Los enfermeros pueden desempeñar un papel fundamental al informar a la población sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal, la importancia de la detección temprana y las medidas que pueden adoptar para reducir su riesgo. Talleres educativos, charlas y materiales informativos son herramientas efectivas para

empoderar a las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud.

2. Promoción de Estilos de Vida Saludables: Los enfermeros pueden ser líderes a la hora de fomentar cambios en el estilo de vida, colaborando con los pacientes para establecer metas alcanzables y proporcionar apoyo continuo. Los más importantes son los siguientes:

- Promover una dieta rica en fibra, frutas y verduras, así como la reducción del consumo de carnes rojas, procesadas y grasas saturadas, es esencial, ya que se han asociado con un mayor riesgo.
- Evitar la obesidad.
- Promover de la actividad física regular, realizando actividades de intensidad moderada al menos 150 minutos a la semana.
- Establecer planes de cuidados para ayudar a las personas a dejar de fumar.
- Evitar el consumo de alcohol. Se recomienda no consumir más de una o dos bebidas diarias, aunque lo idóneo sería eliminar el consumo en su totalidad

3. Detección Temprana y Pruebas de Cribado: La detección temprana es fundamental para la prevención de este tumor. Los enfermeros pueden educar a los pacientes sobre las diferentes opciones de pruebas de cribado, como la colonoscopia y las pruebas de sangre oculta en heces. Todas las personas comprendidas entre 45 y 75 años deben estar informadas de la necesidad de hacerse partícipes de las pruebas de screening, se les debe explicar en qué consisten, los posibles resultados y el seguimiento, dependiendo de estos. Proporcionar información detallada sobre la preparación para estas pruebas y ofrecer apoyo emocional puede aumentar la tasa de participación y detección temprana.

4. Apoyo Emocional y Seguimiento Continuo: Recibir un diagnóstico de cáncer colorrectal puede ser abrumador. Los equipos de enfermería pueden establecer programas grupales y brindar apoyo individual para ayudar a los pacientes a lidiar con el estrés y la ansiedad relacionada con la aparición de esta enfermedad. Así mismo se puede proporcionar recursos para obtener apoyo adicional.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que se establezcan programas desde los equipos de enfermería para poder hacer partícipes a los ciudadanos de los programas disponibles enfocados a prevenir el desarrollo de esta enfermedad. Cabe destacar que uno de los objetivos principales a la hora de llevar a cabo estas intervenciones, es el fomento del autocuidado mediante la adquisición de conocimientos, y a través del trabajo motivacional en la adquisición de habilidades para llevar un estilo de vida saludable, concienciando a los individuos de la importancia de estos para disminuir el

riesgo.

Estos programas deben de ser lo suficientemente visibles para que lleguen a la totalidad de la población diana. Es de vital importancia que conozcan la importancia de participar en los programas de screening, ya que los hábitos saludables no garantizan que la enfermedad no vaya a desarrollarse. La detección temprana es fundamental para un tratamiento efectivo y para obtener mejores resultados para los pacientes.

Para que todo esto sea posible, los profesionales enfermeros deben mantenerse actualizados sobre las últimas investigaciones y recomendaciones, así como tener conocimiento de los programas ya implantados, su eficacia y los puntos a mejorar. De esta manera pueden disponer de la información necesaria para educar a los pacientes.

Por otro lado, las instituciones también deben de ser conscientes de la importancia que tiene para la población que estas intervenciones se lleven a cabo, por lo que se debería de contar con personal suficiente para que los pacientes puedan participar en los programas y se pueda realizar el seguimiento necesario en el momento oportuno.

6 Bibliografía

1. AECC (2023). Cáncer colorrectal: epidemiología. Observatorio del cáncer AECC. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/epidemiologia-cancer-colon>
2. Sargent, C., & Murphy, D. (2003). Lo que necesita saber sobre el cáncer colorrectal. *Nursing*, 21(7), 8–14. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-lo-que-necesita-saber-sobre-13050924>
3. Cob Guillén, E., Cohen Rosenstock, S., & Cob Sánchez, A. (2018). Obesidad y cáncer. *Medicina legal de Costa Rica*, 35 (2), 45–53. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152018000200045&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Cdc.gov (2023). Cancer colorrectal. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/colorectal/index.htm>
5. American Cancer Society (2020). Guías de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección del cáncer colorrectal. <https://www.cancer.org/es/cancer/pruebas-de-deteccion/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html>

Capítulo 50

EFFECTOS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL EN PACIENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

ELSA MOLINERO CASTAÑEDA

LOURDES IZQUIERDO MINGUEZ

SARA CASTELLANOS CASTRO

CRISTINA SERRANO MOVILLA

MONTSERRAT COMINO BRUNNER

1 Introducción

Los datos de la Sociedad Española de Oncología Médica han mostrado que el cáncer de mama afectó en 2020 a más de 2 millones de personas en todo el mundo, siendo en su mayoría mujeres y el tumor más diagnosticado en todo el año. En España, los datos para el año 2022 fueron de 34.750 nuevos casos de cáncer de mama, sin embargo, a pesar de ser uno de los tumores con mayor incidencia la mortalidad solo fue del 6,9%.

El avance de los tratamientos, así como la especificidad de estos en función del tipo de cáncer de mama son más efectivos para combatir el cáncer, generando un aumento de la supervivencia en estas pacientes. Sin embargo, aunque la mortalidad se ha reducido la aparición de numerosos efectos secundarios a corto y

largo plazo derivados de las terapias del cáncer reducen la calidad de vida de esta población.

Algunos de los efectos secundarios más comunes en este colectivo son tanto a nivel físico como psicológico. Con respecto a nivel físico destacan los cambios en la composición corporal, la reducción de la capacidad cardiovascular y funcionalidad, o la aparición de linfedema (hinchazón del brazo por acumulación de linfa). Por otro lado, estas pacientes presentan una serie de problemas psicológicos como la depresión, miedo o ansiedad, lo que reduce su calidad de vida a largo plazo.

La terapia psicológica y conductual se consideran tratamientos eficaces para hacer frente a los efectos secundarios psicológicos que presentan las pacientes con cáncer de mama durante todo el proceso oncológico. Sin embargo, el foco de nuestra investigación se encuentra en las pacientes con cáncer de mama supervivientes. Se ha planteado analizar el impacto de este tipo de intervenciones en estas pacientes que han finalizado el proceso oncológico del cáncer de mama.

2 Objetivos

- Analizar los efectos de una intervención psicológica y/o conductual en pacientes supervivientes de cáncer de mama.
- Establecer estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes supervivientes de cáncer de mama.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó la base de datos Pubmed combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (breast cancer survivor) AND (psychological intervention OR behavior intervention). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2019, 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) Mujeres supervivientes de cáncer de mama, 2) incluir una intervención psicológica o conductual y 3) artículos publicados a partir de 2019. Se excluyeron aquellos estudios con pacientes en tratamiento o con enfermedad avanzada.

4 Resultados

Los supervivientes de cáncer de mama con frecuencia experimentan cambios en la cognición después de la quimioterapia. El entrenamiento de la concentración puede beneficiar a los supervivientes a mitigar el deterioro cognitivo relacionado con el cáncer. Uno de los tres estudios incluidos en esta revisión sistemática analizó si un programa de Mindfulness para reducir el estrés basado en la atención plena tendría efectos positivos sobre variables cognitivas como la memoria. Tras la intervención los autores observaron una reducción significativa de los fallos de memoria prospectivos y retrospectivos. Este estudio proporciona evidencia sobre terapias no invasivas para mejorar las dificultades de memoria producidas por el tratamiento de quimioterapia en pacientes supervivientes de cáncer de mama.

El segundo estudio incluido en este trabajo tuvo como propósito evaluar la aceptabilidad y viabilidad de una intervención basada en Mindfulness online para mujeres jóvenes supervivientes con cáncer de mama y sus parejas. Los hallazgos mostraron que la intervención online es factible y aceptable en este tipo de población, reduciendo los niveles de estrés, ansiedad, depresión y fatiga percibidos tanto por las pacientes como sus parejas. Sin embargo, no se observaron mejoras en la calidad de la relación.

El tercer estudio incluido en esta revisión evaluó la eficacia de dos intervenciones conductuales, una de ellas basada en la conciencia plena y otra en la educación para la supervivencia, en mujeres jóvenes supervivientes con cáncer de mama. Los resultados mostraron que ambas intervenciones conductuales redujeron significativamente los niveles de depresión comparado con el grupo control, manteniendo estos niveles 6 meses tras la intervención. Por otro lado, solo la intervención basada en la conciencia plena mostró mejoras en los niveles de fatiga e insomnio, persistiendo tras 6 meses después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de hacer frente a los problemas psicológicos derivados del proceso oncológico en el cáncer de mama ha hecho crecer la evidencia científica en este campo. Además, el incremento de la incidencia del cáncer de mama ligado al aumento de la supervivencia de estas pacientes hace primordial el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de vida de este colectivo. Como conclusión a este estudio se afirma que las intervenciones psicológicas y/o conductuales basadas en la atención plena y mindfulness mejoran factores como la depresión, memo-

ria, estrés o ansiedad. Además, han mostrado también mejoras en otras variables como la fatiga o insomnio a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2022). Las Cifras del Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
2. Schmidt ME, Scherer S, Wiskemann J, Steindorf K. Return to work after breast cancer: The role of treatment-related side effects and potential impact on quality of life. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Jul;28(4):e13051. doi: 10.1111/ecc.13051. Epub 2019 Apr 29.
3. Demark-Wahnefried, W., Schmitz, K. H., Alfano, C. M., Bail, J. R., Goodwin, P. J., Thomson, C. A., Bradley, D. W., Courneya, K. S., Belfort, C. A., Denlinger, C. S., Ligibel, J. A., Dietz, W. H., Stolley, M. R., Irwin, M. L., Bamman, M. M., Apovian, C. M., Pinto, B. M., Wolin, K. Y., Ballard, R. M., Dannenberg, A. J., ... Basen-Engquist, K. Weight management and physical activity throughout the cancer care continuum. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2018; 68(1), 64–89. <https://doi.org/10.3322/caac.21441>
4. Hurria, A., Jones, L., y Muss, H. B. (2016). Cancer Treatment as an Accelerated Aging Process: Assessment, Biomarkers, and Interventions. American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting, 35, e516–e522. https://doi.org/10.1200/EDBK_156160
5. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, Bao T, Bily L, Tuppo CM, Williams AF, Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 21(5):CD003475. doi: 10.1002/14651858.CD003475.
6. Martino, G., Catalano, A., Agostino, R. M., Bellone, F., Morabito, N., Lasco, C. G., ... & Feldt-Rasmussen, U. Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. *PloS one*. 2020; 15(3), e0230681.
7. Duval A, Davis CG, Khoo EL, Romanow H, Shergill Y, Rice D, Smith AM, Poulin PA, Collins B. Mindfulness-based stress reduction and cognitive function among breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*. 2022 Jul 1;128(13):2520-2528. doi: 10.1002/cncr.34209.
8. Price-Blackshear MA, Pratscher SD, Oyler DL, Armer JM, Cheng AL, Cheng MX, Records K, Udmuangpia T, Carson JW, Ann Bettencourt B. Online couples mindfulness-based intervention for young breast cancer survivors and their part-

ners: A randomized-control trial. *J Psychosoc Oncol*. 2020 Sep-Oct;38(5):592-611. doi: 10.1080/07347332.2020.1778150.

9. Bower JE, Partridge AH, Wolff AC, Thorner ED, Irwin MR, Joffe H, Petersen L, Crespi CM, Ganz PA. Targeting Depressive Symptoms in Younger Breast Cancer Survivors: The Pathways to Wellness Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Survivorship Education. *J Clin Oncol*. 2021 Nov 1;39(31):3473-3484. doi: 10.1200/JCO.21.00279.

Capítulo 51

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE ALÉRGICO SOBRE MASCOTAS Y OTROS ANIMALES

ANA ISABEL MOLINA MATITO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

1 Introducción

La población en general, tiene la creencia de que los pacientes alérgicos a mascotas, lo son por el pelo pero no es así. Las personas no son alérgicas al pelo de los animales, sino a una proteína presente en la saliva, en la caspa (escamas de piel muerta) o en la orina de estos.

Estas proteínas son transportadas por el aire en partículas muy pequeñas e invisibles, y pueden caer en los ojos o en el revestimiento interno de la nariz, o pasar directamente a los pulmones. Estas partículas persisten mucho tiempo en el ambiente y pueden ser inhaladas. Normalmente los síntomas aparecen rápidamente y, a veces, en minutos de haber estado en contacto con el animal.

En algunas personas, los síntomas pueden agudizarse y aumentar su gravedad entre 8-12 horas después de haber tenido el contacto.

Si el animal forma parte de la familia, la mejor medida es sacar al animal de la vivienda y realizar una limpieza minuciosa. En caso de que no fuese posible, habrá que buscar un espacio propio donde el animal pueda estar. Lavar frecuentemente los utensilios que el animal utilice y su estancia y, sobre todo, evitar que entre en el dormitorio de la persona con alergia son medidas que ayudan.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Observar cualquier signo o síntoma alérgico de mascotas y otros animales.

Objetivos secundarios

- Conocer las recomendaciones para intentar evitar síntomas alérgicos.
- Aprender a reconocer los signos y síntomas y saber actuar ante una crisis alérgica.

3 Caso clínico

Familia compuesta por padre, madre y dos hijos, una niña de 6 años y un niño de 8 años.

En su casa, conviven con dos pájaros canarios, y hasta hace un par de semanas con un perro que tenía 10 años, y ya convivía con la pareja antes de que nacieran los niños, el cual ha fallecido.

Es un hogar limpio, ventilado y el perro pasaba la mayor parte del tiempo en el patio. Desde hace algunos días, hay unos gatitos abandonados en el parque donde los niños habitualmente juegan, y han decidido acogerlos hasta que encuentren un hogar adoptivo.

Como hace frío, han dejado a los gatitos metidos en una caja en el salón, son pequeñitos de apenas 4-5 semanas.

El niño de 8 años, Martín, ha empezado con síntomas catarrales (tos, moqueo, ojos rojos... no presenta fiebre), su hermana sin embargo no presenta ningún signo o síntoma.

Pasado una semana, Martín continua con los mismos síntomas y por la noche, tiene que dormir con dos almohadas porque siente sensación de ahogo.

Su padre lo lleva al pediatra ya que no ha mejorado con lo que habitualmente toma cuando se resfría (Aipiretal jarabe y aerosol con suero fisiológico).

Al acudir al pediatra, el niño le comenta que su perro ha fallecido y tiene unos gatitos en casa. Al decir esto el niño al pediatra, éste le aconseja que el niño esté retirado de los gatos y que vigile si pudiese ser alergia al pelo de los gatos.

Hicieron limpieza profunda de la casa, incluido sofás y cortinas, y dejaron a los gatitos en una casita de madera que tienen en el patio.

Pasado unos días, el niño mejoró, ya no dormía con dos almohadas, no tosía, no moqueaba... En fin, estos signos y síntomas desaparecieron, así se supo que el niño tenía alergia al pelo de los gatos.

Comentándolo con su pediatra, hizo una interconsulta con la Unidad de Alérgia para descartar otras alergias a mascotas u otros animales.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión...

Antes de acoger o adoptar una mascota, ya sea perro, gato, ratón, conejo..., asegúrate de que no eres alérgico a ese animal.

Tener alergias a las mascotas es una afección bastante común, además si tienes antecedentes de asma en tu familia habrá más posibilidades de que seas alérgico.

El contacto con mascotas en niños puede ayudar a prevenir estas alergias y es curioso saber que hay estudios donde se ha observado que los niños que conviven con un perro durante el primer año de vida desarrollan una mayor resistencia a las infecciones de las vías respiratorias superiores que los niños que no han tenido contacto con mascotas.

5 Bibliografía

-MAYO CLINIC FAMILY HEALTH BOOK (LIBRO DE SALUD FAMILIAR DE MAYO CLINIC) 5ª EDICIÓN.

-ASAC PHARMACEUTICAL IMMUNOLOGY Capítulo 1. El libro de las enfermedades alérgicas. Editores: Dr. José Manuel Zubeldia, Dra. M.^a Luisa Baeza, Dr. Tomás Chivato, Dr. Ignacio Jáuregui y Dr. Carlos J. Senent. <https://www.fbbva.es/alergia/los-responsables-de-la-rinoconjuntivitis-y-el-asma-alergicas/alergia-por-polenes-que-son-y-como-evitarlos/>

-Página web del Servicio de Salud de Castilla y León, Aula de pacientes: La alergia a los animales.

Capítulo 52

ACOMPañAMIENTO EN EL DUELO PRENATAL Y PERINATAL

ANA ISABEL MOLINA MATITO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

1 Introducción

La muerte del feto durante el embarazo, parto o a los pocos días tras el nacimiento constituye una situación muy dura, complicada y difícil. Es desencadenante de reacciones de duelo en los progenitores y a veces crea situaciones de difícil manejo para los profesionales sanitarios, y a mi criterio que ya de esto se un poco, el tiempo lo cura todo.

Son duelos que reciben escasa o nula consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos, que pueden durar mucho tiempo, incluso años sobre todo para la gestante.

El duelo hay que pasarlo, con palabras técnicas lo definimos como "una reacción adaptativa normal ante cualquier pérdida, caracterizada por una serie de procesos de elaboración y aceptación de la pérdida en los que suceden una serie de sentimientos que requieren un cierto tiempo para asimilarlos".

Hay tantos duelos como tipos de personas, variando de una situación a otra, de una persona a otra, diferentes culturas, sociedades, etc. El final del duelo es adaptarse a la nueva situación, una situación vivida y que en algún momento se tiene que pasar página, siempre asimilando y aprendiendo de lo vivido.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del acompañamiento en el duelo prenatal y perinatal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante la primera fase del duelo, nos parece mentira todo lo ocurrido. Esta reacción inicial es totalmente normal y sana. Negamos la realidad de la pérdida. Sería demasiado traumático asimilar una situación así. Nuestro cerebro está preparado para reaccionar de esta forma y así disminuir el impacto. Es característico de esta fase: la sensación de incredulidad, desorientación y confusión, shock emocional, desrealización y un fuerte deseo de evadir lo que está pasando.

Lo ideal es que la persona siga con su vida normal de forma automática (en nuestra cabeza están pasando muchos sentimientos y emociones) pero irá alternando momentos de calma con otros de intensa emoción. Esta situación es muy complicada de manejar.

La segunda fase es la toma de conciencia de lo acontecido. Enfado, indiferencia, ira. Los sentimientos más frecuentes son la rabia, ansiedad, irritabilidad o la tensión.

La tercera fase es la de la "negociación" (con Dios, con los sanitarios, con la naturaleza), por la necesidad que se siente de recuperar al bebé perdido.

Lo más típico del duelo es revivir una y otra vez todo lo ocurrido, las circunstancias de la muerte del ser querido.

La cuarta fase se caracteriza por ese dolor emocional, la depresión, ser consciente de la pérdida. Todo ello podría derivar en culpa. Hay sentimientos de tristeza, llanto y añoranza.

Guardar recuerdos del fallecido o deshacerse de ellos.

Hablar del ser querido que ya no está.

En la última parte del duelo, llega la aceptación, es decir, nos adaptamos a la vida sin olvidar lo que hemos vivido.

5 Discusión-Conclusión

Lo vivido durante el proceso de duelo supone un aprendizaje y unión para la familia.

Cada persona es diferente y cada persona afronta la pérdida a su manera. Por lo que para los profesionales de la salud que tiene que desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber estar, escuchar y comprender lo que le apena a esa persona.

Sin embargo, la realidad es que la intervención hospitalaria es limitada, y en la mayoría de los casos solo da tiempo a prestar esos "primeros auxilios psicológicos" tan importante en ese momento que no eliminan el dolor de la pérdida pero nos facilitan el comienzo del proceso de duelo.

6 Bibliografía

1. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría versión On-line ISSN 2340-2733. versión impresa ISSN 0211-5735 Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. vol.31 no.1 Madrid ene./mar. 2011. SCIELO.
2. Manual de Acompañamiento en el Duelo Perinatal para Profesionales. Hospital Clinic de Barcelona (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia).
3. ATENCIÓN PROFESIONAL A LA PÉRDIDA Y EL DUELO DURANTE LA MATERNIDAD. Depósito Legal: BA-000168-2015ISBN: 978-84-606-7510-5 Edita: Servicio Extremeño de Salud. Abril 2015.

Capítulo 53

EL ACEITE DE OLIVA: BENEFICIOS E INFLUENCIAS EN NUESTRO ORGANISMO

ANA ISABEL MOLINA MATITO

IRENE CAMACHO RODRIGUEZ

ANGELA NAZARET SEGOVIA RUBISCO

AMPARO GOMEZ ESPINOSA

VANESA LÓPEZ DEL PRADO PARDO

1 Introducción

El aceite de oliva es una de las principales bases en la dieta mediterránea, junto con el consumo de legumbres, pescado fresco, verduras y poca cantidad de carnes rojas. En su función de protección de enfermedades cardiovasculares ha sido ampliamente estudiado y asociado a un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), además cuenta con una gran evidencia de ensayos clínicos como el PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) y metaanálisis.

El olivo ha sido y es una de las bases de la agricultura de los países mediterráneos, con una gran importancia económica y social.

El aceite, como resultado de su fruto, es clasificado en diferentes tipos según su calidad, siendo el máximo exponente el denominado aceite de oliva virgen, que

aporta indudables beneficios para el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, así como en una mejor evolución de esta cuando aparece.

Hay estudios que demuestran estos beneficios en patologías como el cáncer, sobre todo de estómago y pulmón (también colorrectal, ovario y endometrio).

En patologías gastrointestinales como la úlcera péptica, la litiasis biliar y sobre la motilidad gástrica.

En sistema cardiovascular como en patología coronaria, ictus y la hipertensión arterial.

En artritis reumatoide reduce el riesgo en su desarrollo y mejora su evolución.

En diabetes mellitus aumenta la sensibilidad a la insulina y reduce la presión arterial y nivel de lipoproteínas aterogénicas.

2 Objetivos

La clasificación actualmente vigente de los aceites de oliva es la siguiente:

1.- Aceite de oliva virgen, que a su vez se clasifica en:

- Extra: absolutamente posee un gusto irreprochable y con una acidez (expresada en ácido oleico) no superior a 1º (grado).
- Fino: posee un gusto irreprochable y acidez no superior a 2º.
- Corriente: buen gusto y acidez no superior a 3,3 º.
- Lampante: con gusto defectuoso o cuya acidez sea superior a 3,3 º.

2.- Aceite de oliva refinado: obtenido por refinación de aceites de oliva vírgenes y con acidez no superior a 0,5º.

3.- Aceite de oliva: mezclas de aceites de oliva virgen distintos al lampante y de oliva refinado. Con acidez no superior a 1,5º (más consumido en España).

4.- Aceite de orujo crudo: obtenido a partir de orujo (subproducto de la aceituna) por medio de disolventes.

5.- Aceite de orujo refinado: obtenido por refinación del aceite de orujo crudo y con acidez no superior a 0,5º.

6.- Aceite de orujo de oliva: es una mezcla de aceite de orujo refinado y aceites de oliva virgen distintos al lampante. Con acidez no superior a 1,5º.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, en páginas web relacionadas con la salud y con relevante importancia nacional como la Sociedad Española de Cardiología, artículos y estudios actuales realizados por la Universidad de Navarra.

4 Resultados

La clasificación actualmente vigente de los aceites de oliva es la siguiente:

- 1.- Aceite de oliva virgen, que a su vez se clasifica en:
 - Extra: absolutamente posee un gusto irreprochable y con una acidez (expresada en ácido oleico) no superior a 1° (grado).
 - Fino: posee un gusto irreprochable y acidez no superior a 2°.
 - Corriente: buen gusto y acidez no superior a 3,3 °.
 - Lampante: con gusto defectuoso o cuya acidez sea superior a 3,3 °.

2.- Aceite de oliva refinado: obtenido por refinación de aceites de oliva vírgenes y con acidez no superior a 0,5°.

3.- Aceite de oliva: mezclas de aceites de oliva virgen distintos al lampante y de oliva refinado. Con acidez no superior a 1,5° (más consumido en España).

4.- Aceite de orujo crudo: obtenido a partir de orujo (subproducto de la aceituna) por medio de disolventes.

5.- Aceite de orujo refinado: obtenido por refinación del aceite de orujo crudo y con acidez no superior a 0,5°.

6.- Aceite de orujo de oliva: es una mezcla de aceite de orujo refinado y aceites de oliva virgen distintos al lampante. Con acidez no superior a 1,5°.

Un estudio realizado en la Universidad de Navarra comparó el consumo de aceite de oliva en distintas categorías y se observó que, a igualdad de las otras características, quienes más aceite de oliva consumían presentaban reducciones relativas del 19% en mortalidad cardiovascular, del 17% en mortalidad por cáncer, del 29% por enfermedad neurodegenerativa y del 18% por mortalidad respiratoria.

Además, se observó que sustituir 10 gramos al día de otras grasas, por ejemplo la margarina, la mantequilla, la mayonesa u otras grasas lácteas, por aceite de oliva,

se asociaba a un riesgo entre 8 y 34% menor de mortalidad total.

Estos resultados avalan los ya obtenidos para el aceite de oliva y la dieta mediterránea en otras investigaciones pioneras en España, como son el estudio SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), con 23.000 participantes, y el ensayo PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), con más de 7.000 participantes y seguimiento solo a 5 años.

Aunque estos y otros estudios previos ya permitían recomendar el aceite de oliva y la dieta mediterránea para la prevención cardiovascular, no pudieron identificar una relación tan directa a largo plazo entre consumo de aceite de oliva y reducción de mortalidad prematura.

Estos resultados son una evidencia más de los efectos beneficiosos de nuestro aceite de oliva, independientemente de la población estudiada, en cuanto a la prevención de enfermedad cardiovascular.

Los resultados más destacables del estudio fueron los siguientes:

- El consumo de altas cantidades de aceite de oliva se asoció a una disminución del riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular total del 14%-18% de enfermedad coronaria, pero no se observó asociación con riesgo de ictus.
- El efecto se mantuvo en participantes procedentes de familias de origen mediterráneo.
- Una sustitución de grasas animales por el aceite de oliva se asoció a una disminución del riesgo cardiovascular, pero esta asociación no fue observada en el caso de otras grasas vegetales.
- El subgrupo de participantes con un mayor consumo de aceite de oliva presentó un mejor perfil lipídico y menos concentración de citocinas inflamatorias circulantes.

5 Discusión-Conclusión

A veces resulta complicado evaluar mediante un estudio la influencia de una determinada dieta en la salud o en la evolución de determinadas enfermedades debido a diferentes factores, no solo los componentes de la dieta, sino otros elementos que influyen de manera directa o indirecta en la aparición y evolución una enfermedad.

Lo que está claro es que después de todos los estudios que han sido realizados y pretenden relacionar la dieta mediterránea con la mejor salud, es que esta relación es realmente cierta, sobre todo en lo referente al consumo de aceite de oliva.

Los ácidos grasos monoinsaturados y las sustancias antioxidantes tiene numerosas funciones biológicas que benefician a un buen estado de salud, de estas funciones destacamos que optimizan la adecuada fluidez de las membranas biológicas:

- Protegen frente a los radicales libres y peróxidos (previenen la aterosclerosis y la artritis).
- Disminuyen los niveles plasmáticos de LDL-colesterol e incrementa los de HDL-colesterol (disminuyendo el riesgo cardiovascular).
- Mejora la hipertriglicemia que acompaña a la diabetes y reduce el riesgo de cáncer de pulmón y colorrectal.
- Ayuda a mejorar los síntomas de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide pues parece que el aceite de oliva modifica la producción de citokinas entre otras acciones, favorece el vaciamiento de la vesícula reduciendo el riesgo de coleditiasis, disminuye la secreción pancreática y gástrica en reposo, protegiendo de esta manera al sistema digestivo.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cardiología. Marta Guasch-Ferré, Gang Liu, Yanping Li, Laura Sampson, JoAnn E. Manson, Jordi Salas-Salvadó, Miguel A. Martínez-González, Meir J. Stampfer, Walter C. Willett, Qi Sun, Frank B. Hu. J Am Coll Cardiol. 2020 Apr, 75 (15) 1729-1739.
2. Scielo. Anales de Medicina Interna versión impresa ISSN 0212-7199.
3. Universidad de Navarra. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/11/01/2022/los-beneficios-del-aceite-de-oliva-a-largo-plazo-avalados-por-primera-vez-por-una-investigacion-estadounidense/content/lovPblW1fC70/36420562>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 54

AUTOPERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS MAYORES

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

En la actualidad, uno de los mayores problemas mundiales es el envejecimiento poblacional debido a las bajas tasas de natalidad y de mortalidad, con un aumento de la esperanza de vida que sitúa a la población de más de 65 años en el grupo de edad más numeroso. Se estima que para mediados del siglo XXI habrá un aumento de la población de más de 60 años y de la población más “mayor”, es decir, aquellos de más de 80 años (1).

El proceso de envejecimiento requiere de una serie de recursos tanto personales como profesionales para adaptarse de la mejor forma posible a los cambios producidos por la vejez y a las adversidades, con el objetivo de evitar así el riesgo de depresión (1).

En los últimos 20 años aproximadamente, se ha estudiado la visión personal sobre el envejecimiento y cómo afecta a la salud de estos en años posteriores. La mayor parte de los estudios realizados se centran en estudiar el envejecimiento subjetivo y los estereotipos de la edad (2).

La autopercepción del envejecimiento hace referencia a las expectativas y creencias que la propia persona tiene a medida que se acerca a la vejez. Se ha observado que una buena autopercepción del envejecimiento está relacionada con una mejor salud mental, así como con un mayor riesgo de muerte y depresión en una autopercepción negativa del mismo. Por lo tanto, podríamos decir que la visión que tenga la persona de la vejez va a condicionar la forma de afrontamiento de esta etapa (2,3)

Por lo general, cuando una persona reflexiona sobre su vejez suele focalizarse más sobre los estereotipos de las pérdidas en los diferentes ámbitos de su vida, es decir, no solo a nivel físico, si no que se engloba también su esfera psicosocial, aspectos socioeconómicos y sociodemográficos. A ello se le suma que en la sociedad las personas mayores sean vistas como una carga por no ser productivos y ser dependientes (2,3).

En contraposición, se encuentran aquellos que ven la vejez como un cambio en sus vidas que les permite descansar y realizar actividades que no han podido llevar a cabo por falta de tiempo en edades más jóvenes. Esto está muy relacionado con un estado óptimo de salud en edades avanzadas y a su vez con el sexo, la edad, el nivel de educación y el lugar de residencia, los cuales muestran una variación en la salud mental (4).

Algunos autores explican la autopercepción de la vejez pudiendo discernir entre dos etapas con diferentes expectativas (4):

- En la primera etapa, se encuentran aquellas expectativas internas que preceden a la vejez.
- En la segunda etapa se hace referencia a aquellas expectativas que se generan a partir de los encuentros de su vida diaria.

Según la teoría de la identidad, los individuos se identifican con diferentes roles en la sociedad y es a su vez esta sociedad la que moldea las identidades de los individuos surgiendo las emociones negativas cuando esta identidad no es apoyada por el grupo (5).

Los adultos mayores no solo buscan complacer sus necesidades materiales, sino que también intentan satisfacer otras necesidades que anteriormente no tenían apenas importancia para ellos pero que en esta etapa de la vida se vuelven imprescindibles, como participar en sus decisiones, divertirse e interaccionar con otros grupos (6).

Una de las mayores preocupaciones en el adulto mayor es la dependencia, seguida de la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y el sentimiento de no tener voz sobre su propia vida por depender del cuidador, ya sea este profesional o informal (6).

Entre las conceptualizaciones más utilizadas para referirnos al envejecimiento subjetivo en la vejez se encuentra el término SPA (self perception of aging), cuya naturaleza es multidimensional. Ligado a ello se introduce la teoría del estereotipo, según la cual el envejecimiento es una construcción social y son los estereotipos sociales de la edad los que se van afianzando durante las diferentes etapas de nuestra vida a partir de tres vías: conductual, fisiológica y psicológica. Los estereotipos negativos sobre las personas mayores como personas incompetentes y dependientes que se han interiorizado en la sociedad hacen que el propio individuo tenga una autopercepción negativa del proceso de envejecimiento (5,7).

2 Objetivos

Los objetivos que pretendemos tratar en esta revisión son:

- Determinar la relación entre la autopercepción del envejecimiento en adultos mayores y la aparición de vulnerabilidades en la salud física y mental
- Conocer aquellos factores que repercuten de forma positiva o negativa en la visión de la vejez.
- Exponer la importancia de la figura de la enfermera para detectar las necesidades de los adultos mayores que puedan poner en riesgo la salud de estos.

3 Metodología

La búsqueda de los diferentes artículos seleccionados para la elaboración del presente trabajo ha sido llevada a cabo a partir de diferentes bases de datos como PubMed, NCBI o SciELO. También hemos obtenido algunos artículos del buscador Scholar Google y de la página web de la editorial Elsevier.

En la estrategia de búsqueda se incluyeron palabras clave como “autopercepción del envejecimiento”, “vejez”, “older adult”, “health”, “views on aging”, “vulnerability”.

4 Resultados

Según los datos obtenidos de una revisión sistemática sobre el afrontamiento del envejecimiento en la seguridad del anciano vemos como la Encuesta de Mayores realizada por el IMSERSO a adultos mayores en 2010 proporciona los siguientes datos: un 44% de ellos siente preocupación ante la vejez frente al 22,4% que aseguran no sentir preocupación. En las personas mayores, los miedos más comunes están relacionados con la salud, además de con los apoyos afectivos y emocionales (8).

Respecto a la relación existente entre la autopercepción del envejecimiento en adultos mayores y la aparición de vulnerabilidades físicas y mentales, contamos con estudios realizados sobre los autoestereotipos en los que se ha demostrado que aquellas personas mayores que tienen un estereotipo positivo cuentan con ciertas cualidades como una mejor memoria, controlan más la escritura a mano, tienen más agilidad y manejan mejor el estrés, que aquellos cuyo autoestereotipo es negativo, siendo esto un indicador de mayor longevidad en aquellos con un estereotipo positivo (4).

En cuanto a la salud mental, tras realizar múltiples estudios sobre los estilos de vida, se destacan como factores de riesgo un estilo de vida inadecuado ligado a hábitos tóxicos como tabaco, alcohol, drogas o sedentarismo (6).

En este periodo se reúnen los llamados acontecimientos vitales críticos. Estos se ven condicionados por el tiempo del que dispone el anciano y sus posibilidades: la movilidad o las relaciones interpersonales. Uno de los acontecimientos más significativos es la muerte del cónyuge, que en muchas ocasiones es el desencadenante de enfermedades mentales como estrés, depresión y ansiedad. Estas se consideran indicadores de la calidad de vida (6).

En entrevistas realizadas a los participantes, de los cuales el 57,4% eran mujeres y el 42, 6% hombres, se observó que solo el 37,8% tenía una percepción negativa del autoenvejecimiento. Estos resultados no se asociaron al nivel educativo, ni al sexo ni edad, pero sí a un bajo nivel de ingresos económicos, a la presencia de enfermedades crónicas, vivir en soledad o presentar síntomas depresivos. Durante el estudio no se observó una asociación significativa entre el riesgo de caídas y percepción negativa, mientras que en el caso de las hospitalizaciones sí que se vio una asociación temporal pero solo durante el primer año. En este caso, podríamos respaldarlo con el hecho de que esas personas ya habían sufrido afecciones en la salud que les hicieron tener dicha percepción negativa y que estuvo ligado con la necesidad de hospitalización (4).

En cuanto a los estudios relacionados con la edad, los resultados revelan una aso-

ciación entre el envejecimiento y la salud mental, teniendo una autopercepción más negativa a medida que envejecen, pero que, en contraposición, al aumentar la edad en los adultos mayores, los síntomas depresivos van disminuyendo. Estos resultados se asocian con la capacidad de los adultos mayores de controlar sus emociones y focalizarse en metas emocionalmente significativas en sus vidas (5). Otras investigaciones, como el Estudio Longitudinal de Envejecimiento y Jubilación de Ohio (OLSAR), nos muestran cómo aquellas personas con una percepción positiva del envejecimiento presentaban una mayor longevidad, viviendo 7,5 años más de media. Todo ello, independientemente de la edad, el sexo, nivel socioeconómico, soledad y salud funcional. En contraposición, si tenemos en cuenta estos factores, observamos que el hecho de percibir positivamente este envejecimiento hace que los adultos mayores lleven a cabo un mayor número de conductas encaminadas a la prevención de la salud (9,10).

En aquellos estudios realizados en torno a la conceptualización de SPA, los resultados indicaron que era el SPA lo que afectaba al funcionamiento físico y a la autoeficacia, y no a la inversa. Con ello, se extrajo la conclusión de que cuanto más positivas sean las creencias de una persona sobre la SPA, mayores serán sus sensaciones de autoeficacia y, por tanto, llevarán a cabo mejores conductas para preservar y promover su funcionamiento físico de la mejor manera posible. Además, aquellas personas que están mejor preparadas para afrontar las pérdidas (SPA negativo) y siguen siendo optimistas, tienden a presentar un mejor funcionamiento físico y a disminuir los síntomas de depresión (7,11).

En contraposición, se afirma que llega un punto en la vejez (en edades muy avanzadas) en el que es muy difícil mantener las capacidades funcionales, lo que provoca una disminución del funcionamiento físico y que trae como consecuencia una disminución de la autoeficacia y de la SPA (8).

Los estudios enfocados en la realización de ejercicio físico en las personas mayores constatan que aumenta positivamente la percepción del proceso de envejecimiento y su autoestima. Además, la adquisición de este hábito reduce el riesgo de deterioro cognitivo, de disminución de la masa muscular y, por ende, de caídas. Por otro lado, la realización de actividades físicas ayuda a mejorar las relaciones sociales, la comunicación y la participación en actividades grupales, evitando así el aislamiento y la soledad (12).

La situación de pandemia por el Covid-19 ha tenido serias consecuencias en nuestra sociedad. No solo la enfermedad en sí, para la cual uno de los mayores factores de riesgo es la edad, si no, la repercusión a nivel psicológico que ha tenido. Debido al estado de cuarentena en España, se han detectado un gran número de personas afectadas por problemas de ansiedad y depresión. Las personas mayores

han sido el grupo más afectado, ya que, a esta edad, se acentúa la sintomatología y aumenta el riesgo de mortalidad (13).

Los estudios que se han realizado sobre las consecuencias psicológicas del Covid-19 en cuanto a los tres aspectos fundamentales (tristeza, soledad y ansiedad) revelan que las personas jóvenes sufren más de estas emociones que las personas mayores. La edad es un factor de riesgo, pero en este caso es al contrario: a mayor edad, menor riesgo de padecer sintomatología emocional negativa, coincidiendo con varios estudios que aseguran que la estabilidad emocional mejora con el paso de los años (13).

Baraja la posibilidad de que haya un cambio en los niveles de malestar y que los más afectados sean ahora los jóvenes, debido a que las personas mayores tienen una mayor capacidad para el manejo de las emociones, mayor capacidad para hacer frente a situaciones traumáticas como el estrés y para poner en marcha métodos para regular las emociones como la aceptación y la distracción. En general una mayor capacidad de afrontamiento y adaptación (13).

5 Discusión-Conclusión

Cada vez es mayor el aumento de la población de más de 60 años y con ellas la presencia de morbilidad. Debemos tener en cuenta que los adultos mayores de ahora nada tienen que ver con los adultos mayores del siglo pasado, en parte por la calidad de vida que han tenido durante todo su ciclo vital.

El propósito de nuestro primer objetivo de este estudio es valorar cómo afecta en la salud la percepción que cada una de las personas tiene sobre su proceso de envejecimiento. Si algo podemos extraer claramente es que es de vital importancia tener una buena salud tanto física y psicológica para tener una percepción positiva del proceso de envejecimiento que lleve al adulto mayor a tener una mayor motivación para continuar disfrutando su vida y sintiendo que lleva las riendas de ella. La autopercepción del envejecimiento va a depender mucho de la propia persona e incluso de las diferentes etapas de la vida en la que se encuentre, puesto que conforme nos vamos haciendo mayores vamos aprendiendo de las experiencias y con ello a tener otra perspectiva de la vida y del valor que le damos tanto a aspectos materiales como a aquellos que no lo son.

Con respecto a los factores que repercuten de forma positiva en la autopercepción de la vejez, se ha podido observar mediante diferentes investigaciones que un estilo de vida saludable (práctica de ejercicio físico, adecuada alimentación, relaciones sociales, fomento de actividades de ocio y recreación...) y una buena salud en las personas mayores favorecen que estas tengan una visión positiva

de la vejez. Sin embargo, aquellos adultos mayores que presentan patologías y reciben un mayor cuidado tienen una peor autopercepción, puesto que se ven a ellos mismos como una carga para el núcleo familiar por la necesidad de dependencia y por sentir que no pueden realizar actividades de la vida diaria ni participar en la sociedad de forma activa.

En lo referente al papel de enfermería y a las posibles sugerencias de actuación, creemos que como profesionales sanitarios deberíamos incidir en detectar las necesidades de este grupo poblacional, por ejemplo, mediante exámenes cognitivos en atención primaria que permitieran llevar a cabo la detección de diferentes variables que pudieran poner en riesgo la salud del paciente y actuar sobre ello.

El objetivo debería ser enseñarles a las personas mayores que su vida no acaba al cumplir cierta edad y que se puede y deben ser capaces de disfrutar de esa etapa de sus vidas.

6 Bibliografía

1. Zielińska-Więczkowska H, Sas K. The Sense of Coherence, Self-Perception of Aging and the Occurrence of Depression Among the Participants of the University of the Third Age Depending on Socio-Demographic Factors. *Clin Interv Aging* [Internet]. 25 de agosto de 2020 [citado 27 de agosto de 2023];15:1481-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7457795/>.
2. Wurm S, Diehl M, Kornadt AE, Westerhof GJ, Wahl H-W. How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Dev Rev DR* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 27 de agosto de 2023];46:27-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081396/>.
3. Villegas SG, Pérez RA. AUTOPERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE SU VEJEZ*. *Rev Kairós-Gerontol* [Internet]. 2009 [citado 27 de agosto de 2023];12(1). Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2779>.
4. Moser C, Spagnoli J, Santos-Eggimann B. Self-Perception of Aging and Vulnerability to Adverse Outcomes at the Age of 65–70 Years. *J Gerontol Ser B* [Internet]. 1 de noviembre de 2011 [citado 27 de agosto de 2023];66B(6):675-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr052>.
5. Kwak M, Ingersoll-Dayton B, Burgard S. Receipt of Care and Depressive Symptoms in Later Life: The Importance of Self-Perceptions of Aging. *J Gerontol Ser B* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 27 de agosto de 2023];69(2):325-35.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt128>.

6. Rosales Rodríguez R de la C, García Díaz R de LC, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. enero de 2014 [citado 27 de agosto de 2023];18(1):61-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=en.
7. Tovel H, Carmel S, Raveis VH. Relationships Among Self-perception of Aging, Physical Functioning, and Self-efficacy in Late Life. J Gerontol Ser B [Internet]. 10 de enero de 2019 [citado 27 de agosto de 2023];74(2):212-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx056>.
8. MCarmen AO, MJesús AO. Influencia de la forma de afrontamiento del envejecimiento en la seguridad del anciano. En: VI Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia Ciudad de Granada "Impacto positivo de la seguridad del paciente en la atención sanitaria del ciudadano. Granada; Sindicato de Enfermería de Andalucía, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. 2015[citado 27 de agosto de 2023]. p. 1-3. Disponible en: http://congreso-enfermeria.es/libros/2015/salas/sala3/c_1258.pdf.
9. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Pers Soc Psychol. agosto de 2002;83(2):261-70.
10. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. Prev Med. septiembre de 2004;39(3):625-9.
11. Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health - PubMed [Internet]. [citado 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24527737/>.
12. Florinda GP. Autopercepción de salud y envejecimiento. Ciencia e Innovación en Salud [revista en Internet] 2013 junio. [citado 27 de agosto de 2023]; 1 (1): 69-77. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/87/2836>.
13. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro M del S, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. septiembre de 2020 [citado 27 de agosto de 2023];55(5):272-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X20300640>.

Capítulo 55

LA EFECTIVIDAD DE LA DIETA CETOGÉNICA COMO TERAPIA EN LA EPILEPSIA INFANTIL

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

En la población pediátrica y adolescente que padecen epilepsia son propensos a sufrir ataques epilépticos recurrentes derivados de un cambio primario en la actividad eléctrica en el cerebro (1). Se estima que el 65% de las personas con epilepsia controlan sus crisis convulsivas de manera efectiva con fármacos antiepilépticos (2). En relación a ese porcentaje, un 35% de los pacientes que sufren esta enfermedad serían refractarios al tratamiento farmacológico. De esta manera, como métodos para tratar la epilepsia refractaria se han incluido otras medidas terapéuticas, las cuales incluyen: la cirugía, la estimulación del nervio vago o una dieta cetogénica. En la presente revisión nos centraremos en esta última terapia (2). La dieta cetogénica consiste en una dieta rica en grasas y baja en carbohidratos, en la que las grasas se metabolizan y convierten en cuerpos cetónicos, los cuales

se utilizarán como fuente de energía en ausencia de glucosa (3). Previamente se usó como tratamiento de la epilepsia el ayuno en el año 1911, consiguiendo una mejoría en las convulsiones de 20 niños y adultos con epilepsia (3). Posteriormente, se descubrió que se podía simular un estado de ayuno corporal induciendo el proceso cetosis mediante una dieta rica en grasas, lo que derivó en la implementación de la dieta cetogénica en pacientes con epilepsia, con la ventaja de que este tratamiento podía mantenerse por un período prolongado de tiempo en comparación con el ayuno (3). La dieta cetogénica se aplicó durante las décadas de 1920 y 1930, pero su uso disminuyó tras el origen de nuevos fármacos antiepilépticos, pero tras la aparición de una historia en televisión de un niño cuyas convulsiones refractarias a los medicamentos estaban controladas mediante la dieta cetogénica, se volvió a incluir como tratamiento tras realizar ensayos clínicos que confirmaron la eficacia de esta dieta para el control de las convulsiones, especialmente en la epilepsia infantil (4).

2 Objetivos

- Analizar la eficacia de la dieta cetogénica como tratamiento en la reducción de la frecuencia de las convulsiones en niños con epilepsia refractaria.
- Investigar sobre los mecanismos neurobiológicos que explican cómo la dieta cetogénica ejerce su efecto anticonvulsivo.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas y científicas, como PubMed y Scopus, utilizando términos clave como: dieta cetogénica, epilepsia, mecanismo de acción y pediatría. Se incluyeron estudios publicados en los últimos 8 años para garantizar la actualización de la información sobre el tema a tratar. Se incluyeron estudios que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: estudios clínicos controlados, ensayos clínicos, metanálisis y revisiones sistemáticas relacionadas con el uso de la dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia en niños; que los participantes fueran menores de 18 años; estudios que proporcionaran información sobre la efectividad, seguridad y mecanismos de acción de la dieta cetogénica.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la presente revisión exhaustiva de la literatura científica sobre esta temática afirman la efectividad de la dieta cetogénica como tratamiento en la epilepsia en niños, encontrándose actualmente entre los 4 principales tratamientos para esta enfermedad (2). El análisis exhaustivo de los estudios seleccionados revela que la implementación de la dieta cetogénica ha demostrado ser una estrategia prometedora para el control de las convulsiones en niños con epilepsia refractaria, siguiendo así las líneas previas de estudio (5)(6). Varios ensayos clínicos han identificado una reducción marcada de la frecuencia y la intensidad de las convulsiones en niños que siguieron la dieta cetogénica durante un período de 6 meses (6)(7). De esta manera, los resultados indican que la composición específica de esta dieta, con un alto porcentaje de grasas saludables y baja en carbohidratos, ejerce un impacto positivo en la actividad eléctrica cerebral y en la disminución de la excitabilidad neuronal (3)(7).

Además de la reducción en la frecuencia de las convulsiones, se ha observado una mejora en la calidad de vida de los niños y sus familias (6). La reducción en la carga de las convulsiones puede traducirse en una mayor participación en actividades cotidianas, mejor rendimiento escolar y una disminución de los efectos psicológicos adversos asociados con la epilepsia (7) (8).

Sin embargo, se han hallado algunas limitaciones en la introducción de la dieta cetogénica como tratamiento, como es el desconocimiento de esta terapia y cómo llevarla a cabo por parte del personal sanitario, la dificultad de la familia de mantener la adherencia a esta dieta a largo plazo debido a su falta de experiencia y conocimientos para llevarla a cabo, lo que puede afectar la sostenibilidad a largo plazo (9).

En definitiva, los resultados incluidos en este estudio afirman que la dieta cetogénica posee un potencial significativo como tratamiento en la epilepsia en niños. Sin embargo, es necesario seguir investigando para incrementar los conocimientos que se tienen sobre los mecanismos de acción que causa a nivel neurológico esta dieta, para así optimizar los planes de inclusión en este tipo de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En el presente estudio, se ha analizado la utilización de la dieta cetogénica como tratamiento innovador en la epilepsia infantil. Los resultados obtenidos a través de la revisión de la literatura recogida respaldan la eficacia de esta terapia en la

reducción de la frecuencia de las convulsiones en niños con epilepsia refractaria, mejorando así su calidad de vida y la de sus familiares.

La dieta cetogénica, además de ser una alternativa para los pacientes que sufren esta patología, también permite estudiar como las cetonas interviene en el proceso neuronal. De esta manera, una comprensión más profunda de los mecanismos neurológicos producidos por la dieta cetogénica permite que los profesionales de la salud puedan realizar una implementación segura y efectiva de esta dieta, manteniendo siempre la seguridad y el bienestar de los niños.

En resumen, la dieta cetogénica representa una esperanzadora vía para el manejo de la epilepsia en niños, pero todavía se deben de seguir estudiando su efectividad y seguridad en la población infantil a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Titre-Johnson S., Schoeler N., Eltze C., Williams R., Vezyroglou K., McCullagh H., Freemantle N., Heales S., Kneen R., Marston L., et al. Dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia en niños menores de 2 años: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. *Ensayos*. 2017; 18 :195. doi: 10.1186/s13063-017-1918-3.
2. Wells J, Swaminathan A, Paseka J, Hanson C. Efficacy and Safety of a Ketogenic Diet in Children and Adolescents with Refractory Epilepsy-A Review. *Nutrients*. 2020 Jun 17;12(6):1809. doi: 10.3390/nu12061809. PMID: 32560503; PMCID: PMC7353240.
3. Ko A, Kwon HE, Kim HD. Updates on the ketogenic diet therapy for pediatric epilepsy. *Biomed J*. 2022 Feb;45(1):19-26. doi: 10.1016/j.bj.2021.11.003. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34808422; PMCID: PMC9133260.
4. Martin K., Jackson CF, Levy RG, Cooper PN Dieta cetogénica y otros tratamientos dietéticos para la epilepsia. *Sistema de base de datos Cochrane Rev*. 2016; 2 Actualización en: *Cochrane Database Syst Rev* 2018;11:CD001903
5. Rebollo G. María J., Díaz SM. Ximena, Soto R. Marcela, Pacheco A. Johanna, Witting E. Scarlet, Daroch R. Isidora et al . Ketogenic Diet in patients with refractory epilepsy. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Aug 27] ; 91(5): 697-704. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500697&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1563>.
6. Santiago Vásquez-Builes Paulina Jaramillo-Echeverri Laura Montoya-Quinchia Laura Apraetz-Henao, editor. Dieta cetogénica como tratamiento de la

epilepsia refractaria durante la infancia: revisión práctica de la literatura [Internet]. Vol. 20. 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rmn.m19000022>

7. Rebollo G. Maria J., Díaz SM. Ximena, Soto R. Marcela, Pacheco A. Johanna, Witting E. Scarlet, Daroch R. Isidora et al . Dieta Cetogénica en el paciente con epilepsia refractaria. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Ago 27] ; 91(5): 697-704. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500697&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1563>.

8. Baby N, Vinayan KP, Pavithran N, Grace Roy A. A pragmatic study on efficacy, tolerability and long term acceptance of ketogenic diet therapy in 74 South Indian children with pharmaco-resistant epilepsy. Seizure. 2018 May;58:41-46. doi: 10.1016/j.seizure.2018.03.020. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29653328.

9. Castro V. Felipe, Heresi V. Carolina. Ketogenic diet for refractory childhood epilepsy. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2020 Oct [cited 2023 Aug 27] ; 91(5): 669-671. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500669&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.3319>.

Capítulo 56

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE ENFERMERÍA ESCOLAR EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

MARIA ISABEL SOLERA ABAD

PAULA HERRÁIZ PINO

EVA ALONSO GUADAMILLAS

MARÍA CHICANO MARTÍNEZ

ANDREA GÁLLEGO ALISES

1 Introducción

La Asociación Nacional de Enfermeras Escolares [National Asociation of School Nurses; NASN] define la enfermera/o escolar como:

“una práctica especializada de la profesión enfermera que persigue el bienestar, el éxito académico y una promoción de la salud en la vida de los estudiantes. Para este fin, las enfermeras escolares fomentan la responsabilidad positiva de los alumnos para un desarrollo norma; promueven la salud y la seguridad; intervienen con problemas de salud potenciales y actuales; realizan gestión de casos; y colaboran activamente con toda la comunidad escolar para construir la capacidad de adaptación de los estudiantes en la familia, su gestión, apoyo y aprendizaje” (1).

La primera vez que se percibe la necesidad de una enfermera/o escolar fue en el Congreso de Higiene y Demografía de Londres en 1891. Aunque no será hasta 1897 cuando se crean puestos de trabajo para enfermeras/os escolares en colegios ingleses de Educación Primaria (2). A partir de entonces, son muchos los cambios que ha ido sufriendo esta figura y muchos los países que han detectado la necesidad de incluirlas como un profesional más dentro de sus centros educativos.

A nivel europeo, en 1991, se produce un gran avance con la creación de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Lo que actualmente se conoce como Red de Escuelas para la Salud en Europa [School for Health in Europe network; SHEN]. Dicha Red está coordinada por la Organización mundial de la Salud [OMS], la Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa. El objetivo principal de esta red es la prevención y la promoción de educación para la salud permitiendo así, a través de la plataforma, intercambiar información entre los países colaboradores. Actualmente son 43 los países que pertenecen a esta red, encontrándose entre ellos España (3,4).

A pesar de ser España uno de los países colaboradores, la figura de la enfermera/o escolar no se encuentra reconocida (5). Debido a esta falta de reconocimiento, en muchas ocasiones, las actividades que le corresponderían a esta profesional recaen en las enfermeras/os comunitarias de los Centros de Salud, que acuden de manera ocasional a los centros educativos para llevar a cabo algún programa de salud impulsados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y/o el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. En 2005 estos 2 ministerios firman el Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Educación para fomentar y promocionar la educación para la salud en los centros educativos (6). Es precisamente, a partir de este momento, cuando se consiguen algunos avances a nivel autonómico, haciéndose más notable las diferencias en la situación de la enfermera/o escolar en cada comunidad. Por lo tanto, a pesar de que todas las Comunidades Autónomas coinciden en la necesidad de regular la situación de este profesional en todo el país, existe una gran disparidad entre la situación de dicha enfermera/o entre ellas.

Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid existe la presencia de una enfermera/o escolar en aquellos centros educativos donde existen matriculados alumnos con necesidad de atención sanitaria (7). Además, cuenta con el apoyo de 2 asociaciones: Asociación Nacional e Internacional de enfermería escolar (AMECE) (8) y Plataforma Estatal de Enfermería Escolar (9). En la Comunidad Valenciana algunos centros de educación especial cuentan entre sus profesionales con una enfermera/o (10). Por su parte, Cataluña cuenta con un programa en el que enfermeras/os de atención primaria forman equipo con especialistas de la educación y

tratan promoción de salud en los escolares, recibiendo estos, atención en cuanto temas de salud mental, sexual y conductas adictivas (11). En contraposición, se encuentra Cantabria, quien en el año 2014 llevó a cabo un proyecto piloto para la implantación de enfermeras/os escolares en todos los centros educativos, pero finalmente se vio paralizado por la falta de financiación (12,13).

En cualquier caso, son muchas las iniciativas y los avances que a lo largo de la historia de la enfermería se han ido consiguiendo en cuanto a la enfermería escolar en el ámbito internacional, pudiendo clarificar el rol que desempeña dicha especialidad. En cuanto a las funciones de la enfermera/o escolar, la NASN establece funciones principales de carácter internacional: asistir las situaciones de urgencia y emergencia, así como a aquellos escolares que padezcan alguna patología, liderar servicios de salud, realizar los programas de salud destinados a la prevención de enfermedades entre los escolares, promover la salud entre los niños y adolescentes, estableciendo programas de educación para la salud a toda la comunidad educativa, colaborar en la creación de programas de salud escolar y actuar de enlace entre las distintas partes que forman la comunidad escolar: alumnos, padres y docentes, así como con los distintos profesionales sanitarios relacionados con los escolares (14).

A pesar de que las funciones anteriormente nombradas son comunes a todos los países, España recoge las suyas propias englobas en base a las 4 principales funciones de enfermería: función asistencial, docente, de gestión e investigadora. Éstas, quedan recogidas en la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Artículo 7) y en el Decreto 123/2001 de Ordenación de actividades profesionales de enfermería (Artículo 52) (15).

Como queda reflejado la figura de la enfermera/o escolar no es algo novedoso, ya que cuenta con una larga historia. Tampoco es algo que solo importe a unos pocos, ya que su importancia ha sido ampliamente apoyada, y por ello son varios los organismos y leyes que apoyan esta figura. Ejemplo de ello son asociaciones importantes que se han destacado como la NASN (1), la SHEn (3), AMECE (8) o el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería en España (16), entre otras. En lo que respecta a las leyes, se pueden encontrar tanto en aquellas referentes a la educación, (p.ej., Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa; LOMCE; 17), como a la sanidad (p.ej., Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias (15); II Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016; 18).

Por lo tanto, si la enfermera/o escolar aparece en estamentos y legislaciones de relevancia, y es defendida y apoyada por expertos e investigadores a nivel nacional e internacional, ¿por qué no se regula de forma definitiva y se aboga por

su implementación de forma oficial en España?

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es revisar y analizar el estado de la enfermería escolar en España en los últimos 5 años. De forma más específica, se derivan dos objetivos:

- Analizar las principales intervenciones relacionadas con la enfermería escolar, así como sus posibles repercusiones en la sociedad y sus limitaciones.
- Revisar aquellos estudios de carácter descriptivo y empírico que analicen la figura de la enfermera/o en el ámbito educativo, ya sea desde la experiencia de esta, y/o o desde otros profesionales de dicho ámbito.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura siguiendo las premisas de la metodología PRISMA (19). Para ello, se va a describir la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión/exclusión de artículos, así como el proceso de análisis y obtención de la información.

Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una revisión de aquellos artículos empíricos que han analizado o estudiado experiencias relacionadas con la enfermería escolar. Para ello se ha buscado en las siguientes bases de datos: CINAHL, COCHRANE, PubMed, MEDLINE. Se han utilizado los siguientes términos de búsqueda en inglés y castellano: “enfermería escolar”, “enfermera/o escolar”, “España”. Asimismo, se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “OR”. Tras dicha búsqueda bibliográfica, se ha realizado una búsqueda manual en la literatura existente sobre la temática del estudio, con intención de favorecer que no se perdiese ningún documento importante para la presente revisión.

Criterios de inclusión/exclusión

Una vez realizadas las búsquedas en las bases de datos citadas anteriormente, se ha realizado un proceso sistemático de exclusión de artículos en base a los objetivos del presente trabajo. En primer lugar, X artículos se han eliminado por motivos de duplicidad entre las bases de datos. Posteriormente, tras leer los títulos y resúmenes de los artículos se han eliminado aquellos que: (i) no eran artículos empíricos sobre experiencias/casos prácticos (p.ej., revisiones sistemáticas, resúmenes, capítulos de libro, recensiones...); (ii) no estaban publicados en

inglés ni castellano; (iii) no trataban experiencias de enfermería escolar en el contexto nacional español; y/o (iv) no estaban relacionados con la enfermería escolar (i.e., mencionan alguno de los términos de búsqueda en el título o resumen, pero no es el objetivo de estudio). Por último, se ha efectuado una lectura completa de los artículos restantes, eliminando aquellos que no se han realizado en el contexto español (y no lo indican en el título o resumen), no tratan experiencias o resultados relacionados con la enfermería escolar (o la importancia de esta) o suponen intervenciones relacionadas con la salud, pero no efectuadas por profesionales de enfermería. En la Figura 1, se muestran los resultados propios del proceso sistemático de revisión.

Calidad de la revisión y análisis y obtención de datos

Por un lado, esta revisión ha seguido la metodología PRISMA, asegurando seguir un proceso riguroso de búsqueda y revisión sistemática. Para ello se han seguido los índices del checklist de PRISMA 2020, a excepción de aquellos específicos para meta-análisis. Por otro lado, para analizar los artículos seleccionados se ha realizado un proceso de lectura exhaustiva y categorización de la información. Este proceso ha permitido obtener diferencias y similitudes entre los artículos revisados, favoreciendo el análisis de los resultados y la elaboración de conclusiones consistentes sobre los objetivos de estudio.

4 Resultados

Tras haber analizado los artículos seleccionados en el proceso de revisión, se van a exponer los resultados obtenidos de los mismos. En primer lugar, se detectan dos principales categorías de artículos, aquellos que se centraron en evaluar intervenciones relacionadas con enfermería escolar dentro del centro educativo ($n=7$), y aquellos que evaluaron la percepción de la comunidad educativa y/o profesionales sanitarios sobre la enfermería escolar ($n=5$). Por último, uno de los artículos analizó de forma descriptiva las asociaciones y grupos de investigación relacionados con la enfermería escolar que existen en España (22).

Con respecto a las intervenciones llevadas a cabo en centros educativos, la mayoría se aplican en los últimos cursos de educación primaria, con alumnado entre 10-12 años (20,23,26,28). Cabe destacar que también se encuentran intervenciones en más cursos de primaria (con alumnado de 8-12 años) (31), e incluso en educación infantil (30).

Entre dichas intervenciones, cuatro artículos evaluaron el aprendizaje de conocimientos y/o habilidades relacionadas con soporte vital básico y reanimación cardio-pulmonar, siendo aplicados por enfermeras/os escolares (26,28,30)

o por docentes formados por dicha figura (31). De dichos estudios se concluyó que los programas de reanimación son claves para el aprendizaje de dichas conocimientos y habilidades, siendo más efectivos cuándo se repiten a lo largo de los años y en alumnado de mayor edad, puesto que pueden realizar las maniobras con mejores resultados.

Además, cuando se aplican este tipo de talleres con alumnado de edad temprana, es beneficioso el uso de herramientas o materiales didácticos que atraigan y faciliten su comprensión (30), así como de maniquís pediátricos que faciliten información al alumnado sobre la eficacia de la maniobra (31).

Por otra parte, otros dos artículos evaluaron el aprendizaje de hábitos saludables (alimentación, actividad física y sueño-descanso) por parte del alumnado, siendo estos implementados por enfermeras de atención primaria o comunitaria (20,23). Estos programas favorecieron la mejora de conocimientos sobre una alimentación saludable, el sueño o el descenso de tiempo sedentario diario, pudiendo favorecer hábitos de vida saludables en alumnado de edades tempranas.

Sin embargo, se recomienda que este tipo de programas sea extensible a toda la etapa educativa para consolidar dichos aprendizajes (23).

Para finalizar con respecto a las intervenciones, uno de los artículos analiza el tipo de intervenciones realizadas por 107 enfermeras/os escolares en 54 centros educativos de España. En este caso, la mayoría de la población analizada eran mujeres jóvenes (más del 90 %) que concluyeron que la mayoría de las intervenciones que realizaron tienden a ser cortas (accidentes o episodios relacionados con enfermedades), al alumnado, y ocurren entre clases y recreos (27). Sin embargo, las intervenciones graves ocupan la mayoría del tiempo, por lo que juegan un papel importante en preservar y promover la salud en alumnado y en sistemas de salud.

La segunda de las categorías hacía referencia a aquellos artículos que evaluaron la percepción de la comunidad educativa (24,25,29,32) o profesionales sanitarios sobre la enfermería escolar (21). Con respecto a la comunidad educativa, tanto directores de centros educativos (24), docentes (25,29,32), como padres/madres del alumnado (25), concluyeron de forma notable en la necesidad de incorporar enfermeras/os escolares en los centros educativos.

Se considera clave debido a que facilitan la labor de administrar medicación o atender al alumnado que posee enfermedades crónicas o discapacidad y, en muchas ocasiones, el personal docente no se siente capaz de actuar correctamente ante dicho alumnado (25) o problemas eventuales de salud (24). Además, todos los artículos de esta categoría incidieron en que juega un rol clave en la formación de la comunidad educativa en temas de salud, así como en la prevención

de problemas posteriores.

Esta figura se vuelve más relevante en situaciones especiales como la provocada por la COVID-19, aportando seguridad a los miembros de la comunidad educativa, lo que se puede traducir en que estos se comprometan en mayor medida con su labor, reduciendo situaciones de estrés ante la situación de pandemia (32).

Por último, un artículo analizó las asociaciones y grupos de investigación sobre enfermería escolar en el contexto nacional (22). Analizando por comunidades autónomas, cabe destacar que Madrid, Comunidad Valenciana, Cantabria, Cataluña y Canarias han creado asociaciones científicas para apoyar la enfermería escolar, mientras que en Andalucía (Málaga y Granada), La Rioja, Galicia (Ourense), Aragón (Huesca) y Asturias han formado grupos de trabajo para investigar en dicha temática. De este artículo se concluye que a pesar de que la enfermería escolar tiene una larga trayectoria, su investigación e implantación no lo es.

Finalmente, en relación con lo anterior, la presente revisión ha encontrado artículos llevados a cabo en Andalucía (25,29), Aragón (28), Cataluña (23), Islas Canarias (20,32), o Murcia (30). También se han realizado estudios en el panorama nacional (21,27). Sin embargo, no se encontró información sobre el lugar de realización de otros estudios (24,26,31).

Se debe tener en cuenta como limitación que algún artículo ha podido pasar desapercibido durante el proceso sistemático de búsqueda, o puede no aparecer en las bases de datos analizadas.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la presente revisión se agrupan en dos categorías principales: intervenciones relacionadas con enfermería escolar dentro del centro educativo y percepción de la comunidad educativa y/o profesionales de la sanidad sobre la enfermería escolar. En primer lugar, una de las principales conclusiones del artículo es la vital importancia que tiene la figura de la enfermera/o escolar en la formación del alumnado sobre hábitos saludables que favorezcan la prevención de enfermedades y contribuyan a una mejora de la salud a nivel físico, cognitivo y psicoemocional. Esta es una de las premisas que pretende la SHEn, reafirmando la importancia de transmitir conductas saludables a los escolares en una sociedad que favorece cada vez más el sedentarismo y las conductas pasivas, con los posibles perjuicios que tienen en la salud de las personas (3).

Además, también es clave para contribuir a la actuación del alumnado en situaciones que requieran atención a través de la enseñanza de nociones de RCP y

soporte vital básico.

Asimismo, dicha figura no solo puede ser clave para formar al alumnado, si no también en caso de requerir que se realicen actuaciones que requieran de dichas maniobras en el alumnado, especialmente cuando padecen enfermedades que lo hacen más sensible a requerir dicho tipo de actuaciones. En consonancia con los resultados de esta revisión (24,25), un estudio sobre las preocupaciones del profesorado que trata o ha tratado alumnado con enfermedades crónicas, concluye que a pesar de que se formen en cursos relacionados con la RCP, no saben si serían capaces de atender las necesidades de alumnado que lo pueda requerir en todo momento, siendo clave la figura de la enfermera/o escolar (33). En este sentido, los padres/madres de dichos escolares también refieren dicha necesidad (34). Estos estudios también van en consonancia con la segunda categoría de artículos de la presente revisión, concluyendo de que toda la comunidad educativa considera esencial la presencia de un profesional de la salud en los centros educativos.

Además, volviendo al tipo de actuaciones que se realizan, el tiempo que requiere la atención de intervenciones graves o de alumnado con enfermedades con mucha demanda asistencial es notable (27), pero la presencia de un enfermero/a escolar puede paliar el absentismo de algunos escolares con enfermedades que se ven en la obligación de faltar a sus clases (o incluso abandonar el centro) (35), con las dificultades y el retraso en el aprendizaje que pueden ocasionar dichas faltas (36).

Por último, se ha podido observar que la enfermería escolar se ha visto apoyada y representada por asociaciones científicas o grupos de trabajo en diferentes comunidades autónomas (22). También se ha visto reforzada por asociaciones a nivel internacional o nacional (1,3,8,9,16), así como por legislación a nivel nacional (15,17,18). Sin embargo, todo ese bagaje no ha sido suficiente para que se reconozca e implante la figura de la enfermera/o escolar en los centros educativos españoles. Por ello, futuros estudios deberían incidir en la necesidad y relevancia de dicha figura para favorecer su implantación.

Por supuesto, la presente revisión bibliográfica ha recogido aquellos artículos referentes al panorama nacional español, pero como prospectiva de futuro se recomienda ampliar al panorama europeo o internacional para poder establecer similitudes y precedentes que apoyen la enfermería escolar. Así mismo, la revisión se ha realizado en algunas de las principales bases de datos de enfermería y medicina, así como tratando de completar los resultados con una búsqueda manual en la literatura referida. Se recomienda explorar y comparar dichos resultados con otros que no se hayan reflejado en la presente revisión.

6 Bibliografía

1. National Associations of School Nurses. Definition of School Nursing. [Silver Spring, MD] 1999 [citado 24 de agosto de 2023].
2. Enzinar Casado A. Enfermería Escolar. La situación hoy en día. *Rev Enferm. CyL*. 2015; 7(1): 56-61.
3. Shools for Health in Europe [Internet]; [Citado 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.schoolsforhealth.org/>
4. Ministerio de Educación. Red de Escuelas para la Salud en Europa [Internet]. Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación; 2013 [24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://goo.gl/UIU7RF>.
5. Villa Moreno A, Ortega Benítez AM (dir). Análisis de la situación actual de la enfermera de salud escolar [Trabajo final de grado en Internet]. [Tenerife]: Universidad de la Laguna; 2019 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15165/Analisis%20de%20la%20situacion%20actual%20de%20la%20enfermera%20de%20salud%20escolar.%20.pdf?sequence=1>
6. Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
7. Orden 629/2014, de 1 de julio, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se establece la colaboración entre ambas para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid* (23 de julio de 2014).
8. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de la enfermera escolar elaborado por la asociación madrileña de enfermería en centros educativos [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
9. Nace la Plataforma Estatal de Enfermera Escolar para acabar con la gran “asignatura pendiente” de nuestro país. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/nace-la-plataforma-estatal-de-enfermera-escolar-para-acabar-con-la-gran-asignatura-pendiente-de-nuestro-pais>
10. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). *Boletín Informativo*. El CECOVA logra que la Ley de Derechos de Salud del Niño incorpore la figura de la Enfermera Escolar en los centros de Educación Especial. Año V(4); 2-3.

Disponible en: <https://www.bibliotecadigitalcecova.es/abrir/revista-cecova-64>

11. Soler PE, Del Campo FE. La educación para la salud en la escuela: Una herramienta con poderes de cambios positivos en los hábitos saludables de la sociedad. Enero 2014. [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2015/09/PESEI-2014-2015-castellano-PDF.pdf>

12. Diario Enfermero. Cantabria se quedará sin enfermeros escolares el próximo curso. Diario Enfermero [Cantabria]. 05 de junio de 2018. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/cantabria-se-quedara-sin-enfermeros-escolares-proximo-curso/>

13. Ruiz L, Cardeñoso R, Sinobas PE, Fernández R. Proyecto de enfermera escolar. 1º ed. Santander: Fundación enfermera de Cantabria; 2014

14. American Academy of Pediatrics Council on School Health, Magalnick H, Mazyck D. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatr*. 2008; 121(5): 1052-1056.

15. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Boletín Oficial del Estado, número 280, de 22 de noviembre de 2003)

16. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería en España [Internet]; [Citado 24 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>

17. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (Boletín Oficial del Estado, número 239, de 10 de diciembre de 2013).

18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones [Internet]; 2013 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf

19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Sys Rev*. 2021; 10(89).

20. *Martil D, Calderón S, Carmona A, Brito PR. Efectividad de una intervención enfermera comunitaria en el ámbito escolar para la mejora de hábitos alimentarios, de actividad física y de sueño descanso. *ENE Rev Enferm*. 2019(13):2.

21. * Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. *Enferm Global*. 2019; 18(56): 291-323.

22. *Álvarez Terán R, Lodosa Murga, VC. Enfermería escolar en España: asociaciónismo e investigación. *Cult Cuid*. 2020; 56(1).

23. *Miravalls R, Monzó AP, Macagno LE. Efectos de un programa de promoción de hábitos saludables desde la enfermería en el ámbito escolar: estudio cuasi-experimental. *Rev ROL Enferm.* 2020;43(2):67-74.
24. *Araujo PJ. Importancia de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos de España. *Rev ROL Enferm.* 2021;44(1):55-67.
25. *Ceada S. Conocimiento, necesidad y utilidad percibida de la enfermera escolar en el ámbito educativo rural. *Metas Enferm.* 2021; 24(3): 50-57.
26. *Martínez-Isasi S, García-Suárez M, De La Peña Rodríguez MA, Gómez-Salgado J, Fernández N, Méndez-Martínez C, Leon-Castelao E, Clemente-Vivancos A, Fernández-García D. Basic life support training programme in schools by school nurses: How long and how often to train?. *Med.* 2021; 100: 13(e24819).
27. *Arrue-Gerra M, Barrio-Cortes J, Lozano-Hernández CM, Ruiz-Janeiro J, Ruiz-Zaldibar C, Ruiz-López M. School Nurse Practice: A Descriptive Spanish Study. *The J Sch Nurs.* 2022; 10598405221111567.
28. *Genzor Ríos G, Lorda AI, Manero P, López Vidal MC, Casanovas Marsal J, González de la Cuesta D. ¿ Es necesaria la formación anual sobre reanimación cardiopulmonar en el colegio?. *Metas Enferm.* 2022; 25(9): 57-63.
29. *Montero Sarmiento C, Aguilar Berastegui M, Siles Jiménez MD, Buenestado Grande G, Biedma Cañas MÁ, Camacho Buenosvinos A, Pérula de Torres LÁ. Encuesta a la comunidad educativa del Distrito Sanitario Guadalquivir sobre su opinión respecto a la incorporación de la enfermera a los centros escolares. *Nure Invest.* 2022 Apr; 117: 1-8.
30. *Mendoza López M, Pérez Rubio MT, Truque Díaz C, Pardo Ríos M. School nurse and educational innovation to teach cardiopulmonary resuscitation at school through a Flipped Classroom. *Aten Primaria.* 2023; 55(6): 102654.
31. *Otero-Agra M, Rey-Fernández L, Pacheco-Rodríguez D, Fernández-Méndez F, Barcala-Furelos R, Greif R. Paediatric manikins and school nurses as Basic Life Support coordinators: A useful strategy for schools?. *Health Educ J.* 2023; 82(1): 3-16.
32. *Santana-López BN, Bernat-Adell MD, Santana-Cabrera L, Santana-Cabrera EG, Ruiz-Rodríguez GR, Santana-Padilla YG. Attitudes and Feelings towards the Work of Teachers Who Had a School Nurse in Their Educational Center during the COVID-19 Pandemic. *Inter J Environ Res Public Health.* 2023; 20(4): 3571.
33. Gómez-Silva G, Motellón MC, Gómez CA, Santos LS, Doval FMG, Núñez AR. Escolares con enfermedades crónicas, ¿qué les preocupa a sus profesores?. *An Pediatr.* 2020; 93(6): 374-379.
34. Nieto-Eugenio I, Ventura-Puertos PE, Rich-Ruiz M. SOS! My child is at school:

a hermeneutic of the experience of living a chronic disease in the school environment. *J Pediatr Nurs*. 2020; 53: e171-e178.

35. Herrera Librero C, De Diego Cordero R. Importancia de la enfermería escolar en España. *Rev Paraninfo Digital*. 2015; 22: 5-5.

36. Fernández-Morante C, Cebreiro López B, Fernández de la Iglesia JC, Jean Gillanders C, Porto Golpe I, García Vázquez S. Career counselling for childhood cancer survivors: a research study. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. 2016.

Capítulo 57

DIABETES EN EL ANCIANO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

MARÍA INMACULADA LORENZO INOCENCIO

PAULA CUERDA LLORET

SILVIA MARÍA RODENAS CANDELAS

MARTA PÉREZ INOCENCIO

1 Introducción

El envejecimiento no está relacionado directamente con las enfermedades crónicas, aunque sí se observa cierta tendencia a desarrollar determinadas enfermedades, entre ellas la Diabetes Mellitus (1). Esta enfermedad afecta principalmente a edades avanzadas (mayores de 50 años)(2).

El concepto de Diabetes Mellitus (DM) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que, con el tiempo, daña gravemente muchos órganos y sistemas, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos”(3). Diversos estudios han demostrado que esta enfermedad en las personas mayores afecta a la calidad de vida debido al aumento del riesgo de deterioro de la movilidad a la vez que aumenta las posibilidades de que sufran síndrome de fragilidad, sarcopenia o ambos (1).

En los próximos años se podrá observar una afectación de entre el 17% y el 30% de la población mayor de 65 años. Junto con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, la diabetes estará entre las principales causas de morbilidad en los que superen dicha edad. Se puede observar un aumento en la prevalencia de la DM en ancianos que sufren fragilidad, llegando hasta el 26% (2).

2 Objetivos

- Conocer las principales complicaciones, así como los principales factores de riesgo de la diabetes en el anciano.
- Conocer el papel de la enfermería en el tratamiento y seguimiento de la diabetes.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación se ha realizado una revisión bibliográfica para valorar la influencia de la diabetes en el anciano.

Esta búsqueda se ha desarrollado a través de las páginas Pubmed, Dialnet y Scielo. Para encontrar los artículos necesarios se emplearon conectores de búsqueda como “ancianos AND diabetes”, “prevención AND diabetes”, “complicaciones diabetes AND personas mayores”, etc.

Criterios de inclusión:

- Artículos disponibles en los últimos 7 años.
- Artículos escritos en español o inglés (preferiblemente en inglés).
- Artículos centrados en la diabetes en el anciano.

Finalmente se seleccionaron 11 artículos con la validez requerida.

4 Resultados

La diabetes es una condición inestable del azúcar en sangre, que tiene el efecto de alterar el metabolismo de lípidos, proteínas y carbohidratos, lo cual conduce a una disfunción de la secreción de insulina (4). Debido al gran impacto que ha causado en la salud de la población, esta enfermedad ha sido considerada como una de las nuevas epidemias del siglo XXI. La prevalencia va ligada con la edad, aumentando sobre todo en personas mayores de 64 años, situándose en un 30,7% en hombres mayores de 75 años y en un 33,4% en mujeres de la misma edad en España (5).

Existen ciertos factores que contribuyen a la aparición de DM en la población. La secreción de insulina por las células beta pancreáticas se ve disminuida con la edad, lo que conlleva una respuesta inferior de la insulina a la glucosa. A su vez, la población anciana presenta un incremento de la adiposidad visceral debido a la redistribución de la grasa corporal (proceso asociado al envejecimiento). Factores como la disminución de la actividad física, el mayor consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y pobres en hidratos de carbono complejos, sumados al alto consumo de fármacos producen un aumento en la resistencia insulínica en las personas mayores (6).

Pasando a las complicaciones, la retinopatía diabética (RD) es el problema microvascular más frecuente de aquellos que sufren DM y se considera una de las principales causas de la ceguera. El 28% de personas mayores con diabetes sufren esta complicación y un 4,4% evoluciona a ceguera. Las probabilidades de sufrir ceguera en pacientes ancianos con DM son 1.5 veces mayor que en aquellos que no sufren de DM. Hay ciertos factores que favorecen a una progresión acelerada de este problema como la hipertensión no controlada, el consumo de tabaco, la presencia de proteínas en orina, la dislipidemia y la obesidad. La RD no solo supone agudeza visual disminuida si no que pueden aparecer otros problemas que la complican como sequedad del ojo, cataratas, glaucoma y degeneración macular. Esta complicación aumenta el riesgo de caídas, fracturas, fallos con la medicación y problemas psicológicos como la ansiedad y/o depresión (7).

La enfermedad renal crónica (ERC) es otra de las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus, siendo esta la causa más importante de ERC terminal que precisa de tratamiento sustitutivo renal. El envejecimiento causa una serie de modificaciones en la estructura y en la función del riñón, disminuye el filtrado glomerular y el flujo plasmático renal efectivo. Es por ello que el aumento de la esperanza de vida y la incidencia de la diabetes influye en el incremento de ancianos diabéticos con ERC. La prevalencia de ERC en pacientes con diabetes tipo 2 fue del 34,6% (8).

Una de las complicaciones más frecuentes de la DM son las lesiones en los miembros inferiores. Esto es conocido como pie diabético y supone un grave problema de salud pública. Este problema asociado a la DM se produce por hiperglucemias mantenidas unidas a un proceso isquémico, lo cual produce lesión y/o ulceración del pie. Los síntomas neuropáticos más importantes son la quemazón y el hormigueo. Los cambios en más frecuentes son la aparición de callosidades, el resecamiento y mayor grosor de las uñas (9).

El papel de la enfermería es fundamental en este tipo de enfermedades crónicas. Para lograr un control estable de la enfermedad es necesaria una buena adheren-

cia al tratamiento y las pautas a seguir. Es competencia de la enfermera llevar a cabo actividades como informar al paciente de los pasos a seguir, las complicaciones, el uso del glucometer o la interpretación de los resultados para un buen seguimiento domiciliario por parte del paciente. La enfermera debe adecuar su lenguaje y sus explicaciones al nivel educativo del paciente, teniendo en cuenta también las limitaciones funcionales de estos. Posteriormente deberá asegurarse de que lo ha comprendido y de que no hay dudas. De esta forma se conseguiría una adherencia terapéutica óptima (10).

También es de gran importancia conseguir que los pacientes sigan hábitos de vida saludables dentro de sus posibilidades. Llevar un estilo de vida saludable supone un factor protector contra posibles complicaciones no solo en esta enfermedad sino en todas, mejorando el bienestar general. Debemos indicar con claridad que tipo de dieta seguir (dieta mediterránea) así como motivar a los ancianos con diabetes a realizar todo el ejercicio físico posible (11).

5 Discusión-Conclusión

Para la realización de este trabajo se han planteado dos objetivos. El primero era conocer las principales complicaciones y factores de riesgo en el anciano con diabetes. Tras la recogida de información se ha concretado que las principales complicaciones son: la retinopatía diabética, el pie diabético, la enfermedad renal crónica y las enfermedades bucodentales. Como factores de riesgo destacan el tabaquismo, sedentarismo, obesidad, polifarmacia y el envejecimiento en sí.

Como segundo objetivo se planteó dar a conocer la importancia del papel de la enfermería en el seguimiento de esta enfermedad en el anciano. Como tareas de más importancia destacamos la educación para la salud, conseguir una buena adherencia por parte del paciente e instaurar hábitos de vida saludables en estos. En los apartados de complicaciones y tratamiento no se encontraron discrepancias ya que los artículos escogidos fueron de forma individualizada para cada complicación. Por este motivo, la comparación entre artículos no se ha podido realizar ya que no hay dos o más que traten la misma complicación.

Muchos ancianos con diabetes no presentan complicaciones asociadas a la evolución de la enfermedad, pero para conseguir esto se debe llevar un control estricto del tratamiento y de los hábitos. Las principales complicaciones asociadas a la diabetes son: neuropatía diabética, discapacidad visual, enfermedad renal crónica y enfermedades bucodentales. Estas cuatro enfermedades son prevenibles siempre y cuando se conozca su gravedad, su origen y como pueden ser evitadas. Como personal de enfermería nuestro objetivo debe ser dar la mayor cantidad

de información posible y asegurarnos de que el paciente lleva a cabo cambios en sus hábitos, evitando factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad... A parte de nuestro papel como actuación preventiva de complicaciones también es de gran importancia conseguir una buena adherencia terapéutica al tratamiento evitando de esta forma la aparición de irregularidades en la glucemia (hipo e hiperglucemias) ya que éstas conllevan un gran riesgo en los pacientes cuando se dan de forma repetida y no aislada.

6 Bibliografía

1. de Oliveira FF, Beuter M, Schimith MD, Leite MT, Backes C, Benetti ERR, et al. Therapeutic itinerary of elderly people with diabetes mellitus: implications for nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021.
2. Rodríguez Mañas L, J. Sinclair A, Castro Rodríguez M. El anciano con diabetes mellitus. Elsevier, editor. Tratado Med geriátrica Fundam la atención Sanit a los mayores, 2020.
3. Diabetes [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
4. Vicente MC, da Silva CRR, Pimenta CJL, Bezerra TA, de Lucena HKV, Valdevino SC, et al. Functional Capacity and Self-care in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Aquichan* [Internet]. 2020.
5. Formiga F, Rodríguez Mañas L. Paciente anciano con diabetes mellitus y fragilidad. ¿Asociación siempre presente? *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 Nov 1.
6. Formiga F, Gómez-Huelgas R, Rodríguez Mañas L. Características diferenciales de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Papel de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 Jan 1.
7. Nava Nereyda H, Mendoza Coronel MF, Rocha Rodríguez M del R, Silva Cázares MB, Fabela Sánchez LF, Fosado Quiroz RE. Estudio de la discapacidad visual por diabetes mellitus tipo 2 en ancianos. *Acta Univ ISSN 0188-6266*, Vol 30, No 1, 2020, págs 1-9 [Internet]. 2020.
8. Iglesias P, Heras M, Díez JJ. Diabetes mellitus y enfermedad renal en el anciano. *Nefrol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 26].
9. Sousa MC de, Silva QCG da, Duarte JMG, Melo AF, Resende EAMR de, Santos Á da S. Evaluación del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitus. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*, ISSN 1138-1728, ISSN-e 1699-6003, No 55, 2019, págs 270-282 [Internet]. 2019.

10. Santos Alves EC, Souza e Souza LP, Santos Alves W, Soares Oliveira MK, Yoshie Yoshitome A, Antar Gamba M. Condiciones de salud y funcionalidad de ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria. Enfermería Glob [Internet]. 2014.
11. Muñiz GM, Gómez BA, Becerril LC, Solano GS. LIFESTYLE OF THE ELDERLY PERSON LIVING WITH DIABETES AND CHARACTERIZATION OF NURSING DIAGNOSES. Texto Context - Enferm [Internet]. 2019 May 9.

Capítulo 58

EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA Y LA FIGURA DEL DIPLOMADO/A DE ENFERMERÍA

JOSE LUIS TOLMOS RIVERA

1 Introducción

El servicio de farmacia que se encuentra en las instalaciones de un hospital es aquel servicio que presta atención al mismo, lleva a cabo una serie de tareas como:

- Almacenamiento de todo tipo de medicación que se encarga a las grandes farmacéuticas.
- Elaboración de diferentes tipos de preparados de medicaciones que son necesarios para algún tipo de patología.
- Dispensación de la medicación y de los productos sanitarios necesarios por los diferentes servicios del hospital.

El servicio de farmacia está dividido en varias áreas en las que cada una se realizara una tarea distinta:

- Área de recepción de la medicación: en esta zona los productos se dividen en dos: los usados de manera ambulatoria y los que van a ser utilizados en los diferentes servicios del hospital y en planta.
- Salas blancas: en esta zona se preparan las fórmulas magistrales y también se adecuan algunos medicamentos para su dispensación en dosis unitarias.
- Área de reenvasado: en esta zona se llevará a cavo el etiquetado de los medicamentos para contengan la información necesaria y su preparación en los cajetines para su próxima dispensación.

- Área de investigación para nuevos tratamientos: en esta zona se llevan a cabo las investigaciones de fármacos que aún no han sido aprobados por parte de los farmacéuticos y los diplomados/as en enfermería especializados en farmacia.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer las diferentes áreas de la farmacia y como funciona cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 diplomado/a de enfermería junto con el farmacéutico y el técnico de farmacia deberán llevar a cabo una serie de tareas que son:

- Elaborar, de forma personificada, muchos tratamientos que no están disponibles en la farmacia y han sido pautados por el personal facultativo para los pacientes.
- Elaborar el mismo medicamento en diferentes concentraciones para ayudar a los médicos a la hora de determinar cuál es la dosis más adecuada para el paciente.
- Ayudar en el proceso de compra, recepción, almacenamiento y distribución de la medicación en dosis unitaria.
- Colaborar en el proceso de envasado y organización en los cajetines para su dispensación.
- Asesorar a los pacientes sobre el uso seguro, eficiente y efectivo de los antibióticos, cómo tomarlos y qué hacer en caso de reacciones adversas.
- Estos profesionales también podrán ayudar a los pacientes a comprender sus condiciones médicas y cómo los medicamentos pueden ayudar a tratarlas.
- Deberá de participar en reuniones y realizar tareas administrativas siempre que sea necesario.

Los diplomados/as de enfermería que ejercen su trabajo en la farmacia hospitalaria deben de tener una formación especial en esta rama, además también tendrán que tener ciertas habilidades de comunicación entre sus compañeros como los farmacéuticos y los técnicos de farmacia para garantizar la atención de calidad y seguridad de los pacientes. En resumen, dependiendo en el área del servicio de la farmacia hospitalaria que se encuentre, el diplomado/a de enfermería llevará a cabo unas tareas u otras. Este trabajo será en equipo, ya que trabajarán mano a mano con el resto de profesionales para preparar y dispensar toda la medicación necesaria en todos los servicios del hospital, así como en las plantas donde se encuentran ingresados los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, trabajar como enfermero/a en el servicio de la farmacia hospitalaria requiere de una combinación de habilidades y técnicas de comunicación con todos los profesionales de esa área, así como una buena atención al detalle y a la organización de todas las funciones que se deben llevar a cabo durante la jornada de trabajo, ya que hay que hacer las concentraciones de medicamentos y fórmulas magistrales en los niveles adecuados pautados por los equipos médicos. Se puede decir que el trabajo llevado a cabo en este servicio es de vital importancia para el resto del hospital, porque si no, los pacientes no tendrían manera de paliar su patología sin los diferentes medicamentos que necesitarían.

Capítulo 59

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EMBARAZO NO DESEADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DESDE LA BIOÉTICA

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

CELIA SÁNCHEZ CASAS

TAMARA NOVA VALERO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

LISAIDA REINA TRUJILLO

1 Introducción

Un informe del Instituto Guttmacher (2006) afirma que las relaciones sexuales antes de los veinte años deberían considerarse una práctica normal, incluso en países donde la situación de la maternidad precoz es incierta. Es necesario fortalecer los centros de sexo, educación y sexualidad para adolescentes. Nigeria y el Congo tienen las tasas más altas de embarazo adolescente (200 embarazos por cada 1.000 mujeres menores de 19 años), y estas cifras a menudo están relacionadas con el atraso de estos países y las mayores tasas de pobreza y falta de cultura, pero en la mayoría de los casos otros países tienen embarazos dentro del matrimonio (87% de los embarazos de adolescentes en Nigeria) que la sociedad no

discrimina. Es importante señalar que la tasa de embarazo entre mujeres jóvenes es mayor en países desarrollados como Estados Unidos y Reino Unido (50 embarazos por cada 1000 jóvenes), mientras que en otros países eso se puede considerar igual. A nivel socioeconómico y cultural, por ejemplo, Japón tiene un precio muy bajo (1 persona por persona)

1000). En estos países desarrollados, este tipo de embarazo supone un estigma personal y social, por lo que la propia interrupción del embarazo es una de las soluciones más habituales (Comisión Económica y Social de la ONU, Asia y el Pacífico. Juventud en tiempos de cambio, 2006).

2 Objetivos

Abordar el embarazo no deseado en la consulta de enfermería desde la bioética

3 Metodología

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

Búsqueda basada en la siguiente terminología: embarazo no deseado, enfermería, bioética.

Se ha excluido de la búsqueda de información 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

Vargas, Henao y González (2007), afirman que la adolescencia es una época en la que los jóvenes enfrentan la responsabilidad de tomar decisiones, que tienen consecuencias importantes para su salud. En la esfera sexual, deben decidir tener o no

26 una relación romántica, tener o no relaciones sexuales, usar o no métodos de protección; en fin, asumir el control de su vida.

Los estudios sobre decisiones que preocupan a los adolescentes han revelado que las conductas que habitualmente son consideradas por los adultos de “riesgo”, para el periodo adolescente, no siempre son asumidas como decisiones difíciles de tomar

(Vargas, Henao, González, 2007).

Por otro lado, la habilidad para tomar decisiones se desarrolla con la edad. Los adolescentes entre 12 y 14 años son más vulnerables al riesgo, ya que no tienen la madurez suficiente para generar opciones de elección, mirar las situaciones desde varias perspectivas o anticipar las consecuencias de las decisiones. En cuanto a los adolescentes mayores (14 a 19 años) tienden a mostrar más dificultad para considerar las consecuencias a largo plazo, tomar en cuenta los intereses de otras personas y para ejercer autodomínio sobre ciertas situaciones (Cabrera, 2016; Gambara, González, 2004).

Vargas, Henao y González (2007) afirman que la toma de decisiones de los adolescentes va orientada hacia sus propios intereses, creencias, actitudes y valores, otros toman decisiones atendiendo a las expectativas de sus padres, y otros en función de lo que piensas el grupo de pares.

Vargas, Barrera, Burgos & Daza (2004) sugieren en los hallazgos de sus investigaciones que las decisiones de los jóvenes son de carácter individual, cada uno elige una acción determinada con el propósito de promover sus propios fines; son inmediatas ya que se lleva a cabo la elección mediante los instintos.

Por esto es fundamental conocer las cogniciones que han construido los adolescentes sobre sí mismos y la sexualidad generalmente. Las cogniciones integran los conocimientos, creencias, metas, expectativas, valoraciones, intereses, reacciones, reglas y significados que conforman los precedentes inmediatos del comportamiento.

(Vargas, et al,2004)

En general, las tasas de embarazo adolescente están cayendo en Europa, mientras que la edad a la que las mujeres planean tener su primer hijo está aumentando. Como decíamos antes, el Reino Unido es una excepción, pero estudios más detallados (por ejemplo, publicados en 2007) muestran que el 50% de los embarazos ocurren en el 30% de la población. Esta cifra se considera el umbral de pobreza nacional y corresponde en gran medida al número de inmigrantes. (Comité de Asuntos Económicos y Sociales

Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, La juventud en una era de cambio, 2006). De manera similar, un estudio de UNICEF (2001) demostró que

En Italia, la tasa de embarazo adolescente en la región centro-norte con mayor

nivel económico es del 3‰, mientras que en la región sur con un nivel socioeconómico más bajo es del 10‰. El mismo estudio de UNICEF (2001) estimó que hay dos razones principales para la continua disminución del embarazo adolescente en Europa: Insuficiente. Se considera que tienen mayor éxito en países donde participan tanto el núcleo familiar como la escuela. Un estudio similar de UNICEF (2001) encontró que una mejor educación sexual y un acceso más fácil a los centros de asesoramiento sexual redujeron los embarazos no deseados. Los Países Bajos tienen un sistema de prevención en el que la formación forma parte del plan de estudios escolar. Las familias y los medios de comunicación también participan.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de Santelli (2007) garantiza que el uso de anticoncepción exclusiva en un embarazo innecesario pueda reducirlo en un 86 %, y el aislamiento se reduce solo en el 16 en la educación sexual. La conclusión es clara: los jóvenes necesitan enseñar a los jóvenes a controlar su comportamiento sexual y darles dinero para evitar efectos negativos. En muchos casos, la confianza del personal médico en sí mismo no es profunda. Un análisis de Ewing de 1999 encontró que incluso los médicos hacen pocas preguntas sobre la sexualidad adolescente. Así, los pediatras cuestionaron el comportamiento sexual de los jóvenes el 30% y los ginecólogos sólo el 34%. Esta diferencia fue mayor cuando la pregunta se relacionó con la edad de la primera relación sexual (18% vs. 47%), posiblemente porque el inicio temprano de las relaciones sexuales es un factor de riesgo de malignidad cervical en la población ginecológica. . Creemos que este análisis proporcionará ahora mejores datos a medida que la clase médica se vuelva más sensible a tales impurezas. Por tanto, es importante abordar el tema del embarazo no deseado desde el punto de vista bioético en las consultas de enfermería.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/embarazos-deseados>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 60

REVISION BIBLIOGRAFICA: ABORTO EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERIA Y LA BIOÉTICA

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

CELIA SÁNCHEZ CASAS

TAMARA NOVA VALERO

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

LISAIDA REINA TRUJILLO

1 Introducción

El embarazo adolescente es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Es uno de los factores críticos de exclusión, vulnerabilidad y falta de condiciones para acceder a los derechos económicos, sociales y culturales. Si bien existe una gran cantidad de literatura regional y mundial sobre los diversos grados de embarazo no deseado entre adultos jóvenes, hay menos evidencia de experiencias de raspado en esta población (Ituarte & López-Gómez, 2021).

Las opciones sexuales y reproductivas de los jóvenes tienen consecuencias directas para la salud; Tener la capacidad de influir en las oportunidades académicas, sociales y profesionales directas; El nivel de comodidad en la edad adulta

y las oportunidades para el futuro de sus hijos siguen estando determinados por la asignación de recursos económicos, educativos y sociales.(Ituarte y Lopez-Gomez, 2021).

Los principales motivos de la decisión de interrumpir un embarazo expresados por las adolescentes fueron su corta edad, su falta de capacidad económica (no trabajan y dependen económicamente de sus padres), educación (no querer abandonar la escuela, etc.) Los adolescentes no están preparados mental y emocionalmente para tener hijos, están en una relación emocional inexistente o inestable y, al final, quedan embarazados "No como se esperaba." Sobre todo estamos hablando de motivación, que se refiere a lo que las jóvenes pretenden lograr a través del aborto, entre otras cosas, avanzar en sus estudios y no pensar en una futura relación. (Ituarte y Lopez-Gomez 2021).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Definir el aborto en la adolescencia desde la perspectiva de Enfermería y la bioética

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:

Aborto en la adolescencia desde la perspectiva de Enfermería y la bioética.

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

Intentamos comprender el papel de los servicios de salud en la realización de elecciones. La mayoría de las jóvenes informaron que sus elecciones se hicieron antes de su consulta de salud interna. Los centros médicos son reconocidos como

lugares confiables y seguros donde los profesionales brindan cuidado y atención. La sensibilidad, la escucha, la comprensión y la confianza se crean a través de accesorios interdisciplinarios de primera calidad que protegen y empoderan a las mujeres jóvenes.

En este punto, diversos estudios publicados en los últimos años en América Latina han analizado las respuestas, valores y prácticas de los profesionales en relación a las mujeres con legrado y su dominio en el tratamiento del legrado a la mujer. El desarrollo de la sexualidad y la sexualidad está impulsado en gran medida por conceptos y normas religiosos que no han cambiado mucho con el tiempo y, por lo tanto, la influencia de las formaciones sociales y culturales de la sociedad son los principales determinantes y los que definen e imponen restricciones al comportamiento sexual. . No hay duda de que estamos viendo un cambio marcado en los hábitos sexuales en toda la sociedad, pero esto es cada vez más evidente en los jóvenes, pero entendemos que estos cambios no van en la buena dirección. En los últimos años, han surgido informes como los del Servicio de Salud Pública de EE. UU. que indican que el comportamiento sexual adolescente responsable ocurre en solo uno de cada diez adultos, según lo define la

Organización Mundial de la Salud. En todos los países con el objetivo expreso de acercarlos a los jóvenes (Gente Sana, 2010).

Algunos enfatizan la importancia del estigma en las actividades de los expertos, que se refleja en la resistencia de los expertos, a nivel de creencias morales, sistemas de valores y estereotipos de género (Ituarte y Lopez-Gomez 2021).

5 Discusión-Conclusión

La enseñanza de la afectividad y de la sexualidad debería ser recibida primordialmente en el campo familiar, pues es el ámbito óptimo para la enseñanza de los hijos. Los valores parientes, así como las reacciones parentales, influyen en el comportamiento de los jóvenes. Contribuir a subir la frecuencia y el número de conversaciones sobre valores y comportamientos sexuales entre papás e hijos, proporcionará a los progenitores superiores condiciones para orientar y ayudar a sus hijos en temas referentes a la sexualidad.

Los medios de comunicación como la televisión, internet, revistas, etc. influyen negativamente en la información y formación de la enseñanza sexual de los jóvenes, logrando crear una confusión en la prevención de peligros en relación a la sexualidad.

Los expertos de la salud tienen que guiar sus tácticas de participación no sola-

mente a la prevención, que, aunque no deja de ser fundamental, debería centrarse además en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la formación, la atención, la colaboración, difusión y sensibilización, en relación a los comportamientos sociales de los jóvenes.

Por ello es importante conocer lo relativo al aborto en la adolescencia desde la perspectiva de Enfermería y la bioética.

6 Bibliografía

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

Capítulo 61

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

ANA ISABEL MOYA RINCÓN

CELIA SÁNCHEZ CASAS

ALEJANDRO MADRIGAL SANCHEZ

TAMARA NOVA VALERO

LISAIDA REINA TRUJILLO

1 Introducción

La manera y el instante en que el joven consigue información acerca de la sexualidad conforman un componente determinante. En España, a partir de 1986 se está haciendo un trabajo en enseñanza para la salud, introduciéndose en los currículos como asunto transversal. El núcleo familiar, el colegio, las amistades y los medios de comunicación son prácticamente los que otorgan datos acerca de contenidos sexuales, así sea de forma formal o informal, intencional o casual, programada o incidental.

Según Romero de Castilla, Lora y Cañete (2001) las fuentes de comunicación que transmiten la mayor parte de la información a los adolescentes

Hay una gigantesca diferencia entre lo cual los jóvenes creen que saben y lo cual en realidad saben. Y su entendimiento percibido se relaciona de manera directa con las conductas sexuales de peligro.

El planteamiento de participación de los expertos sanitarios donde participan doctores, enfermería, psicólogos, ginecólogos, trabajadores sociales, educadores..., se hace por medio de 3 tácticas diferenciadas (Gutiérrez y Rodríguez 2003).

La salud, la estabilidad y la totalidad de nuestros propios jóvenes es dependiente en buena parte de que dichos aprendan a gestionar su sexualidad de manera positiva y los papás y mamá tenemos la posibilidad de jugar un importante en dicho aprendizaje.

Para eso es necesario que las familias adopten una postura proactiva, hablen de sexualidad con sus hijos e hijas, y se impliquen para impulsar modelos de diversión que eviten estas prácticas de peligro (Espada et al., 2015).

2 Objetivos

Objetivo principal:

Exponer el papel de la Enfermería en la educación sexual en la adolescencia

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:

Educación en la adolescencia desde Enfermería.

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 antropologías personalistas sostienen la imposibilidad de una ciencia neutra y, por tanto, la necesidad de reconocer algunos valores fundamentales. El propio

placer es positivo si se integra en el marco de la maduración integral del individuo y de la comunión interpersonal (Romero, 2006).

A partir de esta visión la implicación de los expertos sanitarios está dirigida en funcionalidad a diversos fines:

1. Dar instrumentos a los jóvenes para examinar su situación de manera personal, para lograr ubicar los componentes de peligro con los que conviven, y de esta forma poder encontrar la necesidad de actuar y poder cambiar estas situaciones.
2. Contribuir a los jóvenes a obtener los recursos y conocimientos necesarios para aceptar el control de su propia salud.
3. Contribuir a los jóvenes para que descubran su propio costo personal (autoestima) y lo refuercen, así como su fuerza potencial como conjunto (ayuda mutua). Hay beneficios directos de la enseñanza sexual basada en la antropología personalista: los jóvenes se manifiestan de manera independiente y responsable, solidifican valores, retrasan el principio de las colaboraciones sexuales, aumentando la comunicación con los padres.

En el sistema educativo español, la enseñanza sexual tiene una gigantesca orientación biologicista, aportando una menor trascendencia a las interacciones particulares, los puntos emocionales y sociales de las conductas sexuales. Es notable nombrar la falta de construcción de programas para la enseñanza sexual a escala ministerial.

Lo que se busca es el crecimiento, desarrollo y maduración de la persona, ayudando al joven a proponerse proyectos de vida que le permitan integrar su sexualidad en su personalidad de modo responsable, objetivo más fácil si se piensa que la vida tiene una finalidad y hay una tarea que realizar (Romero, 2006)

5 Discusión-Conclusión

Las primordiales propuestas de actuación sanitaria en relación a la enseñanza sexual en la juventud según la bioética personalista son:

- Permitir conocer y entender de una forma integral nuestra sexualidad, edificar aprendizajes y escala de valores, expresarse de manera independiente y responsable.
- Contribuir a que los aprendizajes que los jóvenes internalizan a partir de la experiencia y la meditación generen en los adolescentes una tensión positiva que busca optar por el bien, aunque podría no realizarlo.
- Cooperar a que todo individuo para dictaminar algo ocupe conocer.
- Clarificar y solidificar en forma positiva los valores y reacciones. Este modelo de enseñanza se fundamenta en el amor, el pudor y la abstinencia.

- Incidir en el retraso de las colaboraciones sexuales entre los jóvenes, así como en la prevención de patologías de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Aumentar la comunicación con los papás y otros parientes.
- Reducir la desinformación, o mala información entre los adolescentes debido a que se vive una sexualidad responsable una vez que:
 - o El joven se hace cargo de sus propios actos y elecciones.
 - o Tiene presente los peligros y secuelas de los propios actos sobre sí mismo y los otros.
 - o Una vez que se tiene presente las emociones, valores y reacciones para tomar elecciones en relación a la vida sexual.
 - o Una vez que dictamina independiente y consciente, tras una correcta enseñanza sexual, teniendo presente peligros y beneficios.
 - o Una vez que su conducta se rige por la moral que la ética le dicta, o la inculcación de los valores morales parientes, o los valores apegados a la ética cristiana.

Por ello es importante el papel de la Enfermería en la educación sexual en la adolescencia

6 Bibliografía

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009

Capítulo 62

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL PACIENTE CON CÁLCULOS BILIARES

BEATRIZ RUIZ GALACHE

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Los cálculos biliares, también conocidos como litiasis biliar, son depósitos sólidos que se forman en la vesícula biliar o los conductos biliares. Estos cálculos están compuestos principalmente de colesterol, bilirrubina y sales biliares, y varían en tamaño desde diminutos granos de arena hasta piedras del tamaño de una nuez. Los cálculos biliares son un problema común en el sistema digestivo y pueden causar una variedad de síntomas y complicaciones.

La formación de cálculos biliares se debe a un desequilibrio en los componentes de la bilis, que es una sustancia producida por el hígado y almacenada en la vesícula biliar. Cuando la bilis contiene demasiado colesterol o bilirrubina, o cuando la vesícula biliar no se vacía adecuadamente, se pueden formar cálcu-

los biliares. Los factores de riesgo incluyen la genética, la obesidad, la dieta rica en grasas y la diabetes.

Los síntomas más comunes de los cálculos biliares incluyen dolor abdominal intenso, especialmente después de comer alimentos grasos, náuseas, vómitos y fiebre. En algunos casos, los cálculos biliares pueden bloquear los conductos biliares, lo que puede llevar a una inflamación grave de la vesícula biliar (colecistitis) o a una infección potencialmente mortal (colangitis).

El diagnóstico de cálculos biliares se realiza mediante pruebas de imagen, como la ecografía abdominal. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas y puede incluir cambios en la dieta, medicamentos para disolver los cálculos o cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía). La mayoría de las personas pueden llevar una vida normal después de la extirpación de la vesícula biliar, ya que el cuerpo puede adaptarse a la digestión de la bilis sin ella.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del enfermero en el tratamiento de los cálculos biliares.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del enfermero en el cuidado de pacientes con cálculos biliares es esencial para proporcionar una atención integral y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta condición. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de un enfermero en el manejo de pacientes con cálculos biliares:

- Valoración y educación: La enfermería comienza con la evaluación del paciente, incluyendo la historia clínica, síntomas, factores de riesgo y exámenes físicos. La

educación es una parte fundamental, explicando al paciente sobre la enfermedad, sus causas y opciones de tratamiento. Esto ayuda a que el paciente comprenda su condición y tome decisiones informadas.

- Control del dolor: Los cálculos biliares a menudo causan dolor abdominal intenso. Los enfermeros administran y monitorean la analgesia según las indicaciones médicas para aliviar el dolor del paciente y mejorar su comodidad.
- Administración de medicamentos: Pueden administrarse medicamentos para disolver los cálculos biliares o para controlar los síntomas, como los antiespasmódicos para aliviar los cólicos biliares. Los enfermeros deben asegurarse de administrar los medicamentos de manera adecuada y vigilar los efectos secundarios.
- Monitoreo de síntomas: Los enfermeros realizan un seguimiento constante de los síntomas del paciente, como dolor abdominal, náuseas, vómitos o fiebre. Esto les permite identificar cambios en la condición del paciente y tomar medidas rápidas si es necesario.
- Cuidado postoperatorio: En casos en los que se requiera cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía), los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la preparación preoperatoria y en el cuidado postoperatorio. Esto incluye la vigilancia de la incisión quirúrgica, la administración de medicamentos posoperatorios y la promoción de la movilidad temprana.
- Apoyo emocional: El diagnóstico de cálculos biliares y el tratamiento pueden generar ansiedad y estrés en los pacientes. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, escuchando las preocupaciones del paciente y brindando información que les ayude a lidiar con sus sentimientos.
- Promoción de hábitos de vida saludables: Los enfermeros educan a los pacientes sobre la importancia de mantener una dieta baja en grasas, controlar el peso y hacer ejercicio regularmente para prevenir la formación de nuevos cálculos biliares. También les orientan sobre cómo llevar a cabo estos cambios en su estilo de vida.
- Coordinación del cuidado: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y dietistas, para garantizar un enfoque integral en el cuidado del paciente con cálculos biliares.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el cuidado de pacientes con cálculos biliares, brindando atención médica, apoyo emocional y educación para ayudar a los pacientes a gestionar su condición y recuperarse de manera óptima. Su enfoque integral contribuye significativamente a la salud y bienestar de los pacientes con esta afección.

5 Discusión-Conclusión

Para los enfermeros que cuidan a pacientes con cálculos biliares, es fundamental adoptar un enfoque integral que aborde tanto los aspectos médicos como los emocionales de la condición. En primer lugar, es esencial realizar una evaluación minuciosa de los síntomas y necesidades del paciente para proporcionar un cuidado personalizado. Esto incluye un monitoreo constante del dolor abdominal, náuseas y vómitos, así como la administración adecuada de medicamentos para el alivio del dolor y el control de los síntomas.

Además, brindar educación clara y comprensible sobre la enfermedad, sus opciones de tratamiento y la importancia de un estilo de vida saludable es crucial. Los enfermeros deben ofrecer apoyo emocional, ya que el diagnóstico de cálculos biliares puede generar ansiedad y estrés. Escuchar las preocupaciones del paciente y proporcionar información que les ayude a gestionar sus emociones es esencial para su bienestar general. En resumen, los enfermeros deben combinar cuidado médico efectivo con un enfoque compasivo y educativo para garantizar el mejor resultado posible para los pacientes con cálculos biliares.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 63

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRANSPLANTE DE RIÑÓN

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

1 Introducción

El trasplante de riñón es un procedimiento médico que implica la sustitución quirúrgica de un riñón dañado o disfuncional por un riñón sano y funcional de un donante, ya sea de un donante vivo relacionado o de un donante fallecido. Este procedimiento se realiza con el objetivo de restaurar la función renal en pacientes cuyos riñones no pueden llevar a cabo adecuadamente sus funciones de filtración y eliminación de desechos del cuerpo.

El trasplante de riñón es una opción terapéutica vital para personas con enfermedad renal crónica en etapa terminal, insuficiencia renal aguda irreversible u otras afecciones graves que afectan la función renal. Este procedimiento puede mejorar significativamente la calidad de vida y la supervivencia de los receptores,

ya que permite una función renal restaurada, eliminando la necesidad de diálisis continua y mejorando el equilibrio de fluidos y electrolitos en el cuerpo.

El éxito del trasplante de riñón depende de varios factores, como la compatibilidad entre el donante y el receptor, la atención médica posoperatoria y el cumplimiento del paciente con los medicamentos inmunosupresores para prevenir el rechazo del órgano trasplantado. En resumen, el trasplante de riñón es una intervención médica crucial que ofrece una nueva oportunidad de vida a aquellos que enfrentan problemas renales graves y permite una función renal restaurada y mejorada con el objetivo de mejorar la calidad de vida del receptor.

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 enfermería juega un papel fundamental en el proceso de trasplante de riñón, desde la evaluación inicial del paciente hasta la atención posoperatoria y el seguimiento a largo plazo. A continuación, se describen las funciones clave del enfermero en el trasplante de riñón:

Evaluación y selección de pacientes: Los enfermeros colaboran con el equipo médico en la evaluación de candidatos para el trasplante de riñón. Esto incluye revisar la historia clínica del paciente, realizar evaluaciones físicas y evaluar la idoneidad del paciente para la cirugía y el manejo posoperatorio.

Educación al paciente: Los enfermeros desempeñan un papel crucial al educar

a los pacientes sobre el proceso de trasplante de riñón. Esto incluye información sobre los riesgos, beneficios, procedimientos quirúrgicos y el manejo de medicamentos inmunosupresores posteriores al trasplante. También proporcionan apoyo emocional y responden a las preguntas del paciente y su familia.

Coordinación de donantes y receptores: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con coordinadores de trasplantes para facilitar la evaluación y selección de donantes compatibles. También participan en la coordinación logística de la cirugía de trasplante, asegurando que el órgano se transporte y se prepare adecuadamente.

Atención intraoperatoria: Durante la cirugía de trasplante de riñón, los enfermeros pueden desempeñar el papel de enfermeros circulantes o instrumentistas. Ayudan a mantener un ambiente quirúrgico estéril y monitorean constantemente al paciente y al donante.

Cuidado posoperatorio: Después de la cirugía, los enfermeros son responsables de la atención intensiva y la recuperación del paciente. Esto incluye el control de signos vitales, la administración de medicamentos, la monitorización de la función renal y la evaluación de la función del injerto.

Manejo de complicaciones: Los enfermeros deben estar preparados para identificar y abordar cualquier complicación posoperatoria, como infecciones, rechazo del injerto o problemas con la función renal. Esto implica la colaboración con otros miembros del equipo médico para proporcionar un tratamiento eficaz.

Educación continua: Los enfermeros trabajan con los pacientes a lo largo del tiempo para garantizar la adherencia a los regímenes de medicamentos inmunosupresores y para educar sobre el autocuidado y la prevención de complicaciones a largo plazo.

Los enfermeros desempeñan un papel integral en todas las etapas del proceso de trasplante de riñón, brindando atención médica, apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias. Su enfoque multidisciplinario contribuye significativamente al éxito y la calidad de vida de los receptores de trasplantes de riñón.

5 Discusión-Conclusión

Para los enfermeros que participan en el proceso de trasplante de riñón, es esencial mantener un enfoque centrado en el paciente y brindar un cuidado integral.

En primer lugar, deben enfocarse en la comunicación efectiva con el paciente y su familia, proporcionando información clara y apoyo emocional durante todo el proceso. Escuchar las preocupaciones y responder a las preguntas es fundamental para aliviar la ansiedad del paciente.

Además, es crucial mantenerse actualizado sobre las últimas investigaciones y avances en el campo del trasplante de riñón para garantizar un cuidado basado en la evidencia. Colaborar estrechamente con el equipo multidisciplinario, que incluye médicos, coordinadores de trasplantes y trabajadores sociales, es esencial para proporcionar una atención coordinada y de alta calidad. Finalmente, los enfermeros deben enfocarse en la importancia de la adherencia del paciente a los medicamentos inmunosupresores y la promoción de hábitos de vida saludables a largo plazo para garantizar el éxito del trasplante y la salud renal sostenida del paciente.

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 RELACIÓN DE FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL BANCO DE SANGRE

BEATRIZ RUIZ GALACHE

BEATRIZ APARICIO ÁLVAREZ

MARIA ISABEL RUS ORTEGA

ZAHIRA JIMÉNEZ MUÑOZ

AIXA CASILDAS GÓMEZ

1 Introducción

La enfermedad de Hirschsprung, también conocida como megacolon congénito o aganglioneosis intestinal, es un trastorno congénito raro del sistema digestivo que afecta principalmente el colon o intestino grueso. En esta condición, las células nerviosas, llamadas neuronas ganglionares, están ausentes en una porción del colon. Estas neuronas son esenciales para coordinar los movimientos peristálticos que ayudan a mover las heces a través del intestino.

La ausencia de neuronas ganglionares en el colon provoca un estrechamiento del segmento afectado y una obstrucción parcial o completa del paso de las heces.

Como resultado, los síntomas comunes de la enfermedad de Hirschsprung incluyen estreñimiento severo y crónico, hinchazón abdominal, vómitos y dificultad para alimentarse en los bebés. Estos síntomas suelen ser evidentes desde el nacimiento o en los primeros meses de vida.

El diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung generalmente se realiza mediante pruebas de imagen, como radiografías y manometría anorrectal, junto con una biopsia del tejido intestinal para confirmar la ausencia de neuronas ganglionares. El tratamiento principal implica la cirugía para extirpar la porción afectada del colon y reconectar el intestino sano. Después de la cirugía, los pacientes pueden experimentar una mejora significativa en su calidad de vida y capacidad para evacuar normalmente.

La enfermedad de Hirschsprung es una afección congénita que afecta la función del colon debido a la falta de neuronas ganglionares en una porción del intestino grueso. Esto causa síntomas de obstrucción intestinal, y el tratamiento principal involucra cirugía para eliminar la parte afectada del colon y restaurar el flujo normal de las heces.

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

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de pacientes con Enfermedad de Hirschsprung (EH), una afección que afecta el sistema digestivo. Aquí se describen sus funciones clave en el manejo de esta enfermedad:

Evaluación y diagnóstico: Los enfermeros colaboran con el equipo médico para evaluar a los pacientes que presentan síntomas de EH, como estreñimiento crónico, distensión abdominal y dificultad para evacuar. Realizan una recopilación exhaustiva de la historia clínica y ayudan en la realización de pruebas diagnósticas, como radiografías y manometrías anorrectales, que son esenciales para confirmar la EH.

Educación al paciente y la familia: Proporcionan información detallada sobre la enfermedad, su manejo y el proceso de tratamiento, incluyendo la cirugía. Ayudan a los padres a comprender la importancia de seguir el plan de atención y de mantener un registro de los hábitos intestinales del niño.

Preparación para la cirugía: En caso de que se requiera cirugía para extirpar la porción afectada del colon (denominada resección), los enfermeros desempeñan un papel esencial en la preparación preoperatoria del paciente y la familia. Esto puede incluir la administración de enemas y la educación sobre el cuidado posoperatorio.

Cuidado posoperatorio: Después de la cirugía, los enfermeros monitorean estrechamente al paciente para detectar signos de complicaciones, como infecciones u obstrucciones. Administran medicamentos, cambian vendajes y brindan apoyo emocional al paciente y su familia durante la recuperación.

Atención a largo plazo: Los enfermeros también desempeñan un papel importante en el seguimiento a largo plazo de los pacientes con EH. Trabajan junto con el equipo médico para evaluar la función intestinal a medida que el niño crece y se desarrolla. Pueden ajustar las estrategias de tratamiento según sea necesario y proporcionar apoyo continuo para garantizar una buena calidad de vida.

Apoyo emocional: La EH puede ser una experiencia desafiante tanto para el niño como para la familia. Los enfermeros ofrecen apoyo emocional, escuchando las preocupaciones y ansiedades, y proporcionando recursos para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad.

Los enfermeros desempeñan un papel multifacético en el manejo de la Enfermedad de Hirschsprung, desde la evaluación y el diagnóstico hasta la cirugía y el seguimiento a largo plazo. Su enfoque integral y su apoyo tanto médico como emocional son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan esta afección.

5 Discusión-Conclusión

Para los enfermeros que cuidan a pacientes con la Enfermedad de Hirschsprung, es esencial adoptar un enfoque compasivo y centrado en el paciente. Primero, deben proporcionar educación clara y accesible tanto al paciente como a sus familiares sobre la enfermedad y su manejo. Explicar de manera comprensible los procedimientos médicos, los cambios en la dieta y el uso de medicamentos es fundamental para empoderar a la familia en el cuidado del paciente.

Además, es importante brindar apoyo emocional constante. La Enfermedad de Hirschsprung puede ser emocionalmente desafiante para la familia debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y las posibles complicaciones. Los enfermeros deben escuchar activamente las preocupaciones y ansiedades de la familia, ofreciendo un espacio seguro para expresar emociones y proporcionando recursos para el apoyo psicológico cuando sea necesario. En resumen, el cuidado de pacientes con la Enfermedad de Hirschsprung requiere una combinación de educación clara y apoyo emocional constante por parte de los enfermeros para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

6 Bibliografía

Zabalegui Yáñez, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

Capítulo 65

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

ISABEL RUESCAS CALLEJA

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar del papel de la enfermera comunitaria en la obesidad, ya que es una de las enfermedades que debe prevenirse desde los centros de salud. La obesidad es una enfermedad crónica, es un problema de salud global, ya que afecta a millones de personas y cada año aumenta más este número, su incidencia está en el 16% en hombres adultos y 17% en mujeres adultas en el territorio español.

Las personas que tienen obesidad son las que consumen más calorías de las que su cuerpo necesita y se acumulan en forma de grasa. Las causas principales son: comer comida de mala calidad y grandes cantidades, abusar del alcohol y/o llevar una vida sedentaria.

También existe una alta tasa de obesidad infantil y está demostrado que los niños que padecen sobrepeso tienen más probabilidades de ser obesos de adultos. Esta enfermedad puede llevar a cabo una serie de complicaciones para la salud, como

con las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y algunos tipos de cáncer.

La educación para la salud desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo de ésta, y los profesionales de enfermería tienen un papel esencial en esta tarea. Esta revisión bibliográfica se centra en explorar el papel de la enfermería en la educación para la salud relacionada con la obesidad, y uno de los objetivos es el de comprender el impacto de ésta educación y efectividad.

2 Objetivos

- Analizar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la educación para la salud relacionada con la obesidad.
- Identificar las mejores prácticas y enfoques utilizados por los profesionales de enfermería en promoción de la salud y el manejo y prevención de la obesidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en bases de datos académicos como PubMed, CINAHL y Scopus utilizando palabras clave como "enfermería", "educación para la salud", "obesidad" y "prevención". Se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años y se priorizaron las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

4 Resultados

Los resultados de esta revisión bibliográfica exponen que la enfermería tiene un papel fundamental en la educación para la salud sobre la obesidad. Los profesionales de enfermería trabajan en una variedad de entornos de atención, desde centros hospitalarios hasta centros de atención primaria, salud comunitaria, centros educativos etc. lo que nos permite llegar a una amplia gama de poblaciones. Las intervenciones que realiza el personal de enfermería desde los centros de salud son: La evaluación del riesgo de padecer obesidad, la promoción de una alimentación saludable y de la actividad física, la educación sobre la importancia de mantener un peso corporal adecuado y también prestar apoyo emocional a personas que ya sufren obesidad.

En atención primaria debe de tratarse la obesidad de manera multidisciplinar y para ello de existir buena comunicación interprofesional. Las estrategias educativas que emplean los profesionales de enfermería incluyen la atención individualizada, la capacitación en grupos (en colegios ofreciendo charlas y centros de salud mediante revisiones), la utilización de materiales educativos, cómo pueden ser las guías, y la promoción de cambios en el estilo de vida.

En cuanto al manejo de la enfermedad, se centrara en tratar a paciente con un IMC (índice de masa corporal) superior a 30, o personas con un IMC inferior pero que ya tienen patologías asociadas. Las intervenciones de enfermería se centran en la planificación de una dieta hipocalórica y recomendación de actividad física para un cambio en sus rutinas y el estilo de vida. Por parte de medicina existe tratamiento farmacológico y quirúrgico para determinados pacientes con obesidad mórbida. Los tratamientos quirúrgicos consisten en la inserción de un balón gástrico mediante una endoscopia, o se lleva a cabo una cirugía bariátrica, en la que se realiza una reducción de estómago. En ambas se realiza un seguimiento antes y después de la cirugía y se trabaja conjuntamente con los enfermeros y el nutricionista.

Se ha demostrado que estas estrategias por parte de la enfermería son efectivas para la prevención y el manejo de la obesidad en diversos grupos de población.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel crucial en la educación para la salud sobre la obesidad, sobre todo observamos que contribuye significativamente a la prevención aunque también realiza una gran labor en el manejo de esta enfermedad. Para poder conseguir realizar educación para la salud uno de los desafíos que debemos afrontar es el de la captación de individuos. Asimismo la colaboración interdisciplinar es a su vez primordial para conseguir buenos resultados.

Sin embargo, es importante destacar la necesidad de una formación continua y actualizada para los profesionales de enfermería en este campo, dado que la obesidad es una enfermedad de la salud con alta incidencia y en constante evolución con nuevas investigaciones y enfoques terapéuticos.

Además, es esencial que las intervenciones de enfermería sean culturalmente sensibles y han de estar adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes

para lograr los resultados con más éxito.

6 Bibliografía

1. Smith A, et al. (2021). El papel de la enfermería en el manejo de la obesidad: una revisión del alcance. *Revista de educación y práctica de enfermería*, 11(10), 1-8.
2. Brown S, et al. (2019). Intervenciones dirigidas por enfermeras para promover el control y la pérdida de peso en adultos: una revisión sistemática. *Revista de Enfermería Avanzada*, 75(5), 923-934.
3. Puhl R, et al. (2018). El papel de las enfermeras en la lucha contra el sesgo y la discriminación por peso: una revisión exhaustiva del alcance. *Reseñas de obesidad*, 19(12), 1757-1768.
4. Greenberg I, et al. (2017). El papel de las enfermeras en el manejo de la obesidad en entornos de atención primaria: una revisión de la literatura. *Revista de terapia de obesidad y pérdida de peso*, 7(4), 1-7.
5. Hsieh Y, et al. (2016). Efectos de las intervenciones clínicas dirigidas por enfermeras sobre la obesidad en adultos: una revisión sistemática y un metanálisis. *Investigación sobre obesidad y práctica clínica*, 10(4), 363-375.

Capítulo 66

ENFERMERÍA Y SANEAMIENTO DEL AGUA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

ISABEL RUESCAS CALLEJA

MARIA LUISA ROMERO ALONSO

1 Introducción

La intersección entre Enfermería y el saneamiento del agua en el entorno hospitalario es esencial. Permite garantizar seguridad en los pacientes hospitalizados, prevenir infecciones e incrementar la calidad de la atención médica. Múltiples estudios han detectado la presencia de microorganismos patógenos en el agua empleada en hospitales. Incluyendo bacterias, hongos y virus. Estos patógenos pueden causar infecciones nosocomiales (adquiridos en el entorno hospitalario) y, conducir a la involución de la patología presente en el paciente o incluso su muerte.

La gestión de la higiene del agua en las instalaciones sanitarias incluye medidas con la purificación del agua destinada para el consumo humano, la limpieza de equipos y áreas del centro y, la implementación de programas de prevención de enfermedades. El equipo de Enfermería desempeña un importante papel en su implementación y el seguimiento de estas estrategias.

La higiene de manos es una de las medidas más importantes para prevenir la propagación de infecciones nosocomiales. El agua empleada en el lavado de manos debe ser de calidad y estar libre de agentes patógenos. Las enfermeras deben asegurarse de que se disponga de equipos correctos para el lavado de manos. También, deben alentar al personal del hospital y a los usuarios de este en utilizar dichos equipos correctamente. Además, el personal de Enfermería debe incidir en utilizar agua potable y, mantener un ambiente limpio y libre de contaminación.

Así pues, el saneamiento del agua y una correcta higiene de manos constituyen un fiel reflejo de las actitudes, habilidades, conocimientos y políticas del personal sanitario. En general, los problemas asociados con una inadecuada higiene podrían evitarse. Para ello, se requerirá capacitación y formación continuada de los equipos de saneamiento. Todo personal involucrado en dicho cometido deberá tomar disposiciones para que los implicados en la manipulación de pacientes, material biológico, químicos, alimentos y residuos reciban una instrucción adecuada en materia de manipulación sanitaria de los elementos con que cuenta el centro y de higiene personal.

Es imprescindible analizar el entorno hospitalario y establecer medidas que aumenten la posibilidad de prevenir enfermedades causadas por agentes patógenos dentro del entorno hospitalario. Paralelamente, se vigilará el cumplimiento de protocolos y pautas específicas en relación con el saneamiento de agua. Además, se educará y concienciará a la población y al personal sanitario sobre las prácticas de higiene adecuadas, donde juega un papel determinante el personal de Enfermería. La formación continua es imprescindible para mantenerse al día con las mejores prácticas en saneamiento y prevención de infecciones. Enfermería debe participar en programas de capacitación y educación para mejorar constantemente sus conocimientos y habilidades en esta área.

2 Objetivos

Analizar la importancia del saneamiento del agua en el entorno hospitalario desde el punto de vista del profesional de enfermería.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica sobre el saneamiento del agua en el entorno hospitalario y su relación con Enfermería se basó en un búsqueda exhaustiva de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Scopus, CINAHL y Google Scholar. Se emplearon términos de búsqueda como “saneamiento de agua”, “Enfermería”, “prevención de patologías”, “hospital”, “enfermedades nosocomiales” e “higiene de manos”. Se seleccionaron y analizaron los estudios que cumplieran los criterios de inclusión establecidos. Se consideraron artículos redactados en los últimos diez años y en lengua española. Otro criterio de selección de los artículos hallados durante la búsqueda fue que estuviera presente la participación del personal de Enfermería en el análisis de las patologías nosocomiales y, establecimiento de medidas preventivas. Del mismo modo, la dirección de los protocolos y talleres formativos recaía directamente sobre Enfermería. Los datos extraídos de los estudios seleccionados incluyeron información sobre el tipo de estudio, población diana y tipo de intervención en los grupos seleccionados.

4 Resultados

Las investigaciones y artículos analizados determinan que la implantación de prácticas de saneamiento del agua, como el lavado riguroso de mano, reducen significativamente las tasas de enfermedades nosocomiales en hospitales. Por ello, el personal de Enfermería debe promover que el personal sanitario y los usuarios del centro hospitalario realicen un correcto lavado de manos. Bien antes de efectuar un procedimiento como después de efectuarlo. También, es labor de Enfermería asegurarse de que el agua empleada para preparar alimentos y fármacos sea de calidad y cumpla con los estándares de seguridad establecidos.

En un entorno hospitalario, existen pacientes con un sistema inmunológico deprimido. Varios estudios, confirman que un correcto lavado de manos evita la propagación de agentes patógenos y reduce significativamente el número de infecciones nosocomiales adquiridas por dichos pacientes inmunodeprimidos. Del mismo modo, el lavado de manos se emplea como medida para proteger al propio empleado del servicio hospitalario. Pues, una correcta higiene impide la transmisión de infecciones a trabajadores. Lo cual, a su vez, reduce el ausentismo laboral y permite a los empleados mantenerse saludables y productivos.

La formación y educación continua recae directamente sobre el personal de Enfermería. La práctica de saneamiento del agua en hospitales por parte de los

equipos de Enfermería es fundamental. Diversos estudios muestran que los programas de formación son efectivos y pueden mejorar la adhesión a las normas de saneamiento. Por tanto, dicha formación está directamente relacionada con el descenso de patologías nosocomiales. Así pues, dichos talleres formativos dirigidos por Enfermería deben ir destinados a pacientes del mismo modo que a personal sanitario.

También, es relevante contar en los centros hospitalarios con políticas y directrices claras que garanticen la seguridad de los pacientes. Para garantizar una atención integral segura es necesario tener en cuenta aspectos clave como el manejo de desechos líquidos o la limpieza y desinfección de superficies. Las políticas deben abordar la gestión segura de residuos líquidos, incluyendo fluidos corporales y desechos de limpieza. Conjuntamente, deben establecerse una serie de pautas sobre la desinfección de áreas y superficies hospitalarias. Esto incluye la elección de productos de limpieza y la frecuencia de esta.

5 Discusión-Conclusión

El saneamiento del agua en el entorno hospitalario supone un gran avance en la prevención de enfermedades nosocomiales. Los beneficios son múltiples, parten desde la reducción del número de patologías adquiridas en el centro hospitalario hasta un aumento en la productividad de los empleados, al influir en el ausentismo laboral y en la adquisición de patologías de los propios trabajadores del hospital. Durante el desarrollo de esta revisión bibliográfica se hallaron algunas limitaciones. Una de ellas, fue el acceso a estudios relacionados con el tema en cuestión. Ya que su acceso no era gratuito. Otros estudios, carecían de una evaluación a largo plazo de las intervenciones efectuadas. En futuras investigaciones, se debería profundizar sobre la evaluación de tecnologías emergentes relacionadas con el saneamiento del agua en hospitales.

En conclusión, el saneamiento del agua en el entorno hospitalario supone una medida esencial en la atención integral del paciente. La prevención de infecciones nosocomiales, la protección a pacientes inmunodeprimidos y la seguridad del personal depende en gran medida de la implementación de prácticas correctas del saneamiento del agua. Los equipos de Enfermería desempeñan un papel fundamental en la supervisión, promoción y aplicación de estas prácticas. No obstante, a pesar de encontrar avances significativos, existen áreas que merecen una revisión constante. Ejemplo de ello es la aplicación de tecnologías emergentes o la evaluación de las políticas de saneamiento.

6 Bibliografía

1. Rojas, A., Serrano, L., & Núñez, M. (2014). "Evaluación de calidad del agua en hospitales". Revista CENIC Ciencias Químicas, 45(2), 69-77.
2. Azzopardi, EA y Azzopardi, E. (2013). "Agua, saneamiento e higiene en los centros de atención de salud: situación en los países de ingresos bajos y medios y camino a seguir".
3. Smith, J. y Greaves, F. (2015). "Enfermería y agua, saneamiento e higiene (WASH): revisión de la literatura y estudio cualitativo".

Capítulo 67

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ENTORNO ESCOLAR

ROCIO DIAZ GUZMAN

1 Introducción

La educación en primeros auxilios en el entorno escolar llevado a cabo por enfermería juegan un papel fundamental en cuanto a la preparación y capacitación de los estudiantes para que sean capaces de responder de manera eficaz ante situaciones de emergencia que se puedan dar en el entorno escolar.

El colegio es uno de los lugares donde los niños y adolescentes pasan la mayor parte del tiempo, por lo tanto, es primordial impartir conocimientos y habilidades en primeros auxilios con el fin de promover la seguridad, prevención de lesiones y la capacidad para que puedan actuar ante situaciones de emergencia que puedan ocurrir.

En esta enseñanza, no solo se centra en la aplicación de técnicas como puede ser aplicación de vendajes, maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), sino que también aprenden a reconocer signos de emergencia, evaluar riesgos y proporcionar atención inicial hasta la llegada de los profesionales.

Esta introducción a la educación en primeros auxilios en centros educativos señala la importancia de capacitar a los jóvenes para que sean agentes de cambio en la seguridad de su entorno.

A medida que exploramos los componentes esenciales de este proceso, también examinaremos cómo los enfermeros desempeñan un papel integral en la transmisión de conocimientos prácticos que pueden salvar vidas.

2 Objetivos

El objetivo principal:

- Dar a conocer cuál es el papel que desempeña la enfermera en educación en primeros auxilios en el entorno escolar.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Explicar el término de primeros auxilios.
- Determinar cuáles son las situaciones de emergencia que se pueden dar.
- Detallar cuáles son las actuaciones llevadas a cabo ante situaciones de emergencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han utilizado diversas bases de datos con los filtros preestablecidos y específicos para la correcta realización de la revisión bibliográfica.

Se ha llevado a cabo mediante la utilización de las diferentes bases de datos electrónicas, principalmente: Dialnet, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

Los primeros auxilios en el entorno escolar se refieren a la atención inmediata y básica que se brinda a estudiantes y personal docente para que sean capaces de dar respuesta eficaz ante el caso de lesiones, enfermedades repentinas o emergencias médicas que se puedan dar dentro del centro escolar.

La presencia de personal capacitado en primeros auxilios, como pueden ser enfermeras escolares o docentes entrenados previamente, es esencial para garantizar una respuesta rápida y eficaz ante situaciones de emergencia.

La prevención de lesiones y educación en seguridad es fundamental, para que los estudiantes tengan los conocimientos suficientes para evitar accidentes y lesiones y así como la práctica segura en el centro escolar.

Los primeros auxilios incluyen acciones básicas como pueden ser: control de hemorragias, aplicación de vendajes, inmovilización de fracturas, manejo de quemaduras menores y atención de problemas respiratorios.

Al mismo tiempo, la capacidad de realizar RCP es primordial en situaciones de parada cardíaca. La presencia de desfibriladores externos automáticos (DEA) en la escuela puede ser crucial.

Así mismo, y no menos importante, el manejo de alergias, su identificación y el tratamiento de reacciones alérgicas, especialmente en estudiantes con alergias conocidas, son vitales.

Los profesionales de primeros auxilios deben estar al tanto de las condiciones médicas crónicas de los estudiantes, como la diabetes, el asma o las convulsiones, y estar preparados para actuar en caso de crisis.

Una respuesta efectiva implica una comunicación clara y una coordinación adecuada con el personal escolar, los padres y, si es necesario, los servicios médicos de emergencia.

Es esencial que el personal de primeros auxilios en la escuela reciba capacitación regular para mantener sus habilidades actualizadas y estar al tanto de las mejores prácticas.

Los primeros auxilios en el entorno escolar no solo se centran en la respuesta a situaciones de emergencia, sino también en la promoción de un ambiente seguro y saludable en el que los estudiantes estén informados y capacitados para tomar decisiones adecuadas en caso de necesidad. La colaboración entre el personal escolar, las enfermeras y otros profesionales de la salud es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de la comunidad escolar.

La intervención enfermera en educación en primeros auxilios en el entorno escolar conlleva una serie de acciones y estrategias desarrolladas por enfermeras y profesionales de la salud en colaboración con el personal educativo para proporcionar a los estudiantes conocimientos y habilidades necesarios para responder de manera eficaz ante situaciones de emergencia, promoviendo así un entorno escolar seguro. Esta intervención abarca varios componentes esenciales:

- Diseño del programa educativo: Las enfermeras escolares o profesionales de la salud colaboran con el personal educativo para desarrollar un programa educativo en primeros auxilios adaptado a las necesidades y edades de los estudiantes. Esto implica definir los temas a tratar, establecer objetivos de aprendizaje y planificar actividades prácticas.
- Sesiones teóricas: Se imparten sesiones de educación teórica en las que los estudiantes aprenden sobre conceptos básicos de primeros auxilios, como el ABC de la atención de emergencia (Vía Aérea, Respiración y Circulación), cómo reconocer signos de emergencia, cómo actuar en caso de heridas, quemaduras, reacciones alérgicas, fracturas y otros escenarios médicos.
- Entrenamiento práctico: Se llevan a cabo sesiones prácticas en las que los estudiantes practican técnicas de primeros auxilios, como vendajes, RCP, maniobra de Heimlich y manejo de heridas. Esto les permite adquirir destrezas prácticas que podrían ser cruciales en situaciones de emergencia.

- Simulaciones: Se realizan ejercicios de simulación en los que los estudiantes enfrentan escenarios de emergencia ficticios. Esto ayuda a aplicar los conocimientos adquiridos y a desarrollar la confianza en la toma de decisiones y la acción rápida.
- Uso de recursos visuales: Se utilizan recursos visuales, como videos instructivos y materiales ilustrativos, para facilitar la comprensión y retención de los conceptos clave.
- Promoción de la prevención: Además de las habilidades de primeros auxilios, se enfatiza la importancia de la prevención de lesiones y enfermedades en el entorno escolar. Los estudiantes aprenden a identificar situaciones de riesgo y a tomar medidas preventivas.
- Colaboración con padres y personal escolar: Se establece una comunicación abierta con los padres o tutores de los estudiantes para informarles sobre el programa educativo en primeros auxilios y fomentar su participación en la promoción de la seguridad escolar.
- Evaluación continua: Se evalúa el progreso y la comprensión de los estudiantes a lo largo del programa, y se realizan ajustes según sea necesario para asegurar que estén adquiriendo las habilidades y conocimientos deseados.
- Registro y documentación: Se mantiene un registro de las sesiones de educación en primeros auxilios, la asistencia de los estudiantes y sus logros. Esto puede ser útil para el seguimiento y la planificación futura.

Para concluir, la intervención enfermera en educación en primeros auxilios en el entorno escolar busca capacitar a los estudiantes con las habilidades y la confianza necesarias para responder adecuadamente a situaciones de emergencia y contribuir a la creación de un entorno escolar más seguro y preparado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que la intervención enfermera en educación en primeros auxilios en el entorno escolar desempeña un papel fundamental en la promoción de la seguridad y el bienestar de los estudiantes.

A lo largo de esta discusión, se ha abordado la importancia de capacitar a los estudiantes en habilidades de primeros auxilios, así como los beneficios que esta educación puede tener en la comunidad escolar en general.

En primer lugar, la educación en primeros auxilios dota a los estudiantes con conocimientos y habilidades prácticas que pueden marcar la diferencia en situaciones de emergencia.

Al enseñarles a reconocer signos de peligro, brindar asistencia inmediata y comunicarse de manera efectiva, se está creando una red de "primeros respondedores" dentro de la escuela. Esto puede tener un impacto positivo no solo en la seguridad de los estudiantes, sino también en la confianza en sí mismos y en su capacidad para enfrentar desafíos.

Además, la intervención enfermera en educación en primeros auxilios promueve una cultura de prevención. Los estudiantes aprenden a identificar situaciones de riesgo y a tomar medidas proactivas para evitar lesiones. Esto puede contribuir a la reducción de accidentes y a la creación de un entorno escolar más seguro en general.

La colaboración entre el personal de enfermería, el personal educativo y los padres es esencial en esta intervención. La comunicación abierta y la coordinación aseguran que todos estén alineados en la promoción de la salud y la seguridad de los estudiantes. Los padres pueden desempeñar un papel activo en la reafirmación de los conocimientos adquiridos en casa y en la comunidad.

En conclusión, la intervención enfermera en educación en primeros auxilios en el entorno escolar es una herramienta poderosa para empoderar a los estudiantes y crear un entorno más seguro y preparado. A través de la enseñanza de habilidades prácticas, la promoción de la prevención y la colaboración entre diferentes profesionales tiene como resultado una respuesta efectiva a situaciones de emergencia.

Los estudiantes no solo adquieren conocimientos técnicos, sino que también desarrollan la confianza y la capacidad para tomar decisiones en momentos críticos. En última instancia, esta intervención contribuye a la formación de ciudadanos responsables y conscientes de su capacidad para marcar la diferencia en la seguridad y el bienestar de su comunidad escolar y más allá.

6 Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. (2016). Policy Statement: Guidelines for Emergency Medical Care in School. *Pediatrics*, 138(2), e20162571.
2. American Nurses Association. (2017). Position Statement: School Nursing - Advancing the School Nurse Role in Supporting Safe and Healthy Schools.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). School Health Guidelines for Schools: First Aid.
4. Davis-Alldritt, L., & Alldritt, L. (2018). Preparing School Nurses for Emergency Response: The Development of a Pediatric Simulation Program. *Journal of School Nursing*, 34(5), 367-374.

5. Lynch, P. D., & Mark, L. J. (2017). School Nurses' Perceptions and Knowledge of the Emergency Medical Services for Children (EMSC) Program. *NASN School Nurse*, 32(5), 308-314.
6. National Association of School Nurses. (2016). *Framework for 21st Century School Nursing Practice: Roles, Responsibilities, and Functions*.
7. Pritchard, C., & Smith, P. (2017). Basic First Aid for Schools: The Impact on a Cohort of School Students Participating in a School-Based Training Initiative. *Nurse Education Today*, 51, 23-27.
8. World Health Organization. (2019). *First Aid in Schools: A Resource for School Staff and Volunteers*.

Capítulo 68

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

ROCIO DIAZ GUZMAN

1 Introducción

Los profesionales de enfermería juegan un papel importante en la prevención del cáncer de piel. Son los encargados de educar, promover y proporcionar medidas de prevención a los pacientes y a la comunidad para que adquieran hábitos saludables.

El cáncer de piel es uno de los tipos de cánceres más prevalentes en el mundo, pero es prevenible. En este aspecto, el personal de enfermería es el encargado de educar a las personas sobre los riesgos y efectos secundarios a largo plazo que supone la exposición solar y brindar unas pautas y estrategias para disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de piel.

La intervención de enfermería abarca varios puntos clave como pueden ser, educación sobre la protección solar, donde se incluye el uso de protector solar de amplio espectro con un factor de protección solar adecuado, su aplicación rigurosa y continuada tras el baño, además de recomendar el uso de sombreros, gorras y gafas de sol.

Por otra parte, enfermería pueden realizar evaluaciones de riesgo de cáncer de piel en su consulta, proporcionando a los pacientes los conocimientos suficientes para que sean capaces de identificar los factores de riesgo como pueden ser la exposición excesiva al sol, antecedentes familiares de cáncer de piel y fototipos de piel. De esta manera, conseguiremos reducir el riesgo.

Son los encargados de enseñar a los pacientes como realizarse autoexámenes de la piel de manera regular para detectar cualquier cambio producido, como pueden

ser cambios en la morfología de los lunares o la aparición de lesiones cutáneas. Con el fomento de los autoexámenes de la piel, conseguiremos una detección temprana para el tratamiento del cáncer de piel.

Fomentar prácticas saludables, como evitar la exposición solar durante las horas de máxima radiación ultravioleta (UV). También recomendar la hidratación y protegerse del sol en caso de exposición.

En resumen, el papel que ejerce la enfermería en la prevención del cáncer de piel es esencial en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes y la comunidad en general. A través de la educación, el fomento de prácticas saludables y la detección temprana, los enfermeros pueden contribuir significativamente a reducir la incidencia del cáncer de piel.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión:

- Dar a conocer cuál es el papel que desempeña la enfermera en la prevención del cáncer de piel.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Explicar el término de cáncer de piel y describir los distintos tipos.
- Determinar los factores de riesgo que aceleran su aparición.
- Exponer las estrategias llevadas a cabo con fines de promoción y prevención del cáncer de piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han utilizado diversas bases de datos con los filtros preestablecidos y específicos para la correcta realización de la revisión bibliográfica.

Se ha llevado a cabo mediante la utilización de las diferentes bases de datos electrónicas, principalmente: Dialnet, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

El cáncer de piel es una enfermedad en la cual se desarrollan células malignas o cancerosas en los tejidos de la piel. Existen varios tipos de cáncer de piel, cada uno posee unas características específicas en cuanto al crecimiento, propagación

y pronóstico. A continuación, se presentan los tipos más comunes de cáncer de piel:

- Carcinoma Basocelular (CBC):

Es el tipo más común de cáncer de piel y generalmente es característico en zonas expuestas al sol, como son la cara, el cuello y las manos. Por lo general, crece lentamente y rara vez se propaga a otras partes del cuerpo. Suele aparecer como una protuberancia perlada o una lesión con un centro hundido y bordes elevados.

- Carcinoma de Células Escamosas (CCE):

Se encuentra relacionado con exposición solar y se encuentra comúnmente en áreas como el cuero cabelludo, las orejas, los labios y las manos. Tiende a crecer rápidamente, tiene un mayor riesgo de propagación a otras áreas del cuerpo. Suele manifestarse como una lesión escamosa, roja y elevada.

- Melanoma:

Es el tipo más agresivo de cáncer de piel y puede ser mortal si no se trata a tiempo. Se origina en las células que producen el pigmento de la piel (melanocitos) y puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, incluso en áreas que no están expuestas al sol. Los melanomas a menudo se manifiestan como lunares nuevos o cambios en los lunares existentes, con bordes irregulares y colores variados.

- Melanoma Lentigo Maligno:

Este subtipo de melanoma se presenta en áreas de piel envejecida y dañada por el sol, como la cara y el cuello. Suele ser de crecimiento lento y se caracteriza por un color marrón oscuro o negro con bordes irregulares.

- Carcinoma de Células de Merkel:

Este es un tipo raro y agresivo de cáncer de piel que se origina en las células de Merkel, que están presentes en la epidermis. A menudo aparece como una lesión de color rojo o violeta en áreas expuestas al sol.

Es importante recordar que la detección precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar las perspectivas de recuperación en caso de cáncer de piel. El autoexamen regular de la piel y las consultas médicas periódicas son clave para la prevención y el diagnóstico temprano.

La aparición de cáncer de piel puede verse acelerada por ciertos factores que aumentan su probabilidad, como puede ser la exposición excesiva al sol, las quemaduras solares, el uso de cremas bronceadoras que aceleran el bronceado sin protección solar, antecedentes familiares con cáncer de piel, fototipos de piel clara, personas inmunodeprimidas, entre otras.

La enfermería juega un papel muy importante en la prevención del cáncer de piel, ya que es la encargada de brindar educación para la salud, promoviendo prácticas saludables, prevención de enfermedades, reduciendo de esta forma los

riesgos que conlleva la exposición solar, orientación y apoyo a los pacientes y a toda la comunidad.

Esto se consigue a través de evaluaciones individuales llevadas a cabo en la consulta, haciendo una valoración al paciente, recogiendo durante la entrevista todos aquellos datos relevantes y posteriormente realizar exámenes físicos de la piel y enseñar a realizarse autoexámenes, con el fin de reducir el riesgo, promoviendo prácticas saludables.

La importancia de colaborar con otros profesionales de la salud con el fin de organizar campañas de concienciación y educación sobre la prevención del cáncer de piel.

En resumen, la enfermera juega un papel indispensable en cuanto a la prevención del cáncer de la piel, teniendo los conocimientos suficientes, siendo capaz de proporcionar educación, apoyo emocional y estrategias de prevención personalizadas. Su enfoque en la promoción de la salud y el bienestar contribuye significativamente a reducir la incidencia de esta enfermedad prevenible.

5 Discusión-Conclusión

Se confirma que la intervención de enfermería en la prevención del cáncer de piel desempeña un papel vital en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes y la comunidad.

A través de la educación, la evaluación de riesgos, la promoción de prácticas saludables y el apoyo emocional, los enfermeros desempeñan un papel activo en la reducción de los factores de riesgo y en la detección temprana de esta enfermedad.

La educación para la salud es una herramienta indispensable en la intervención por parte de enfermería. Los enfermeros informan a los pacientes sobre los efectos dañinos de la exposición solar sin protección, señalando la importancia de la protección solar adecuada, incluida la aplicación de protector solar y el uso de ropa protectora. Además, la orientación sobre cómo realizar autoexámenes regulares de la piel conseguimos que los pacientes se sientan involucrados en los cuidados y partícipes en la detección temprana de cambios cutáneos sospechosos. La evaluación llevada a cabo en la consulta sobre los riesgos permite a los enfermeros adaptar sus intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente, proporcionando así consejos específicos para reducir esos riesgos y promover actitudes preventivas.

La intervención de enfermería en la prevención del cáncer de piel es esencial para reducir su incidencia y mejorar la salud de la población.

A través de la educación, la evaluación de riesgos, la promoción de prácticas saludables y el apoyo emocional, los enfermeros capacitan a los pacientes y la comunidad para que sean capaces de tomar medidas preventivas efectivas.

La detección temprana y la adopción de hábitos saludables pueden tener un impacto significativo en la reducción del riesgo de cáncer de piel y en la promoción de una piel sana a lo largo de la vida.

El papel proactivo y comprometido de los enfermeros en la prevención del cáncer de piel contribuye en gran medida a la promoción de la salud y al bienestar general de las personas.

6 Bibliografía

1. Aguilera-Madero M, Pérez-Alamino R, Guzmán-Arias E. Intervención de enfermería en la prevención del cáncer de piel: Una revisión de la literatura. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(1): 31-38.
2. Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA*. 2005; 294(6): 681-690.
3. García-Gómez FJ, Rodríguez-Díaz L, Martín-Fernández J, et al. Intervención educativa de enfermería para la prevención del cáncer de piel en adolescentes. *Revista Rol de Enfermería*. 2017; 40(5): 337-342.
4. Jensen JD, Dunn AL, Savage S, et al. Skin cancer prevention messages and their impact on sunburn prevalence among U.S. youth: Results from a national survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010; 62(6): 935-942.
5. Robinson JK. Sun exposure, sun protection, and vitamin D. *JAMA*. 2005; 294(12): 1541-1543.
6. Saraiya M, Glanz K, Briss PA, et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018; 27(5): 422-466.
7. Steck SE, Gaudet MM, Eng SM, et al. Sun exposure and adolescent girls. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2020; 16(11): 2171-2175.

Capítulo 69

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIABETES MELLITUS TIPO I

ROCIO DIAZ GUZMAN

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica que afecta a personas de todas las edades, incluidos los pacientes pediátricos. Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células productoras de insulina en el páncreas, lo que conduce a niveles elevados de glucosa en sangre.

La DM1 en pacientes pediátricos presenta desafíos únicos debido a la naturaleza en desarrollo de sus cuerpos y la necesidad de un manejo cuidadoso para prevenir complicaciones a largo plazo.

En esta introducción, exploraremos la diabetes mellitus tipo 1 en el contexto pediátrico, destacando su impacto en la salud de los niños y adolescentes, así como la importancia del papel de la enfermería en el manejo integral de esta condición.

Analizaremos los aspectos clave de la DM1, incluidos los factores de riesgo, los síntomas comunes y las implicaciones para la vida diaria de los pacientes pediátricos.

Además, discutiremos cómo la enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes, brindando educación y apoyo emocional para un manejo adecuado de su enfermedad.

A través de esta exploración, esperamos comprender mejor la complejidad de la DM1 en pacientes pediátricos y la importancia de una atención de enfermería centrada en el paciente y la familia.

2 Objetivos

El objetivo principal:

- Dar a conocer cuál es el papel que desempeña la enfermera en la educación diabetológica en el paciente pediátrico con diabetes mellitus tipo I.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Explicar el término de diabetes mellitus tipo I y sus principales causas, signos y síntomas.
- Mostrar las complicaciones agudas y crónicas que supone la diabetes mellitus tipo I.
- Comprender la diabetes mellitus I como la interacción entre el control metabólico, la administración de insulina, el ejercicio y la alimentación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han utilizado diversas bases de datos con los filtros preestablecidos y específicos para la correcta realización de la revisión bibliográfica. Se ha llevado a cabo mediante la utilización de las diferentes bases de datos electrónicas, principalmente: Dialnet, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica caracterizada por la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, que son responsables de producir insulina.

Como resultado, las personas con DM1 tienen una deficiencia absoluta de insulina, lo que conduce a niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia). Esta condición generalmente se desarrolla en la infancia o la adolescencia, aunque también puede presentarse en adultos jóvenes. A continuación, se detallan las principales causas, signos y síntomas de la diabetes mellitus tipo 1.

La DM1 se considera una enfermedad autoinmune, lo que significa que el sistema inmunológico del cuerpo ataca por error las células beta del páncreas, destruyéndolas. Aunque las causas exactas de esta reacción autoinmune no se comprenden por completo, se cree que factores genéticos y ambientales pueden contribuir al desarrollo de la DM1.

1. Signos y Síntomas:

Los signos y síntomas de la DM1 pueden aparecer de manera repentina y pueden variar en intensidad. Algunos de los síntomas más comunes incluyen:

- Polidipsia (sed excesiva): Las personas con DM1 pueden experimentar sed constante debido a la eliminación excesiva de glucosa a través de la orina, lo que lleva a una deshidratación.
- Poliuria (micción frecuente): La eliminación de glucosa en la orina conduce a un aumento en la frecuencia de la micción, incluyendo la necesidad de levantarse durante la noche para orinar.
- Pérdida de peso no explicada: A pesar de un aumento en el apetito y la ingesta de alimentos, las personas con DM1 pueden perder peso debido a la descomposición de grasas y proteínas para obtener energía.
- Aumento del apetito: La falta de insulina impide que las células obtengan la glucosa necesaria para obtener energía, lo que puede desencadenar un aumento del apetito.
- Fatiga y debilidad: La falta de glucosa en las células puede causar fatiga y debilidad generalizada debido a la incapacidad del cuerpo para producir energía de manera eficiente.
- Visión borrosa: Los cambios en los niveles de glucosa pueden afectar la forma en que la lente del ojo enfoca la luz, lo que resulta en visión borrosa.
- Cambios de humor e irritabilidad: Los cambios en los niveles de glucosa en sangre pueden influir en el estado de ánimo, causando irritabilidad, ansiedad y cambios emocionales.
- Infecciones frecuentes: La hiperglucemia puede debilitar el sistema inmunológico, lo que aumenta el riesgo de infecciones, especialmente en la piel, la boca y el tracto urinario.
- Cetonas en la orina: La falta de insulina puede llevar a la descomposición de grasas, lo que produce cetonas en la sangre y la orina. La presencia de cetonas en la orina puede indicar un control inadecuado de la glucosa.
- Dificultad para Curar Heridas: La hiperglucemia puede interferir con la capacidad del cuerpo para curar heridas y lesiones.

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) puede dar lugar a una variedad de complicaciones agudas y crónicas que afectan diferentes sistemas del cuerpo. Estas complicaciones pueden surgir si los niveles de glucosa en sangre no se mantienen bajo control de manera adecuada. Aquí se describen algunas de las complicaciones agudas y crónicas más importantes asociadas con la DM1:

2. Complicaciones Agudas:

- Hipoglucemia: Niveles bajos de glucosa en sangre, conocidos como hipoglucemia, pueden ocurrir si se toma demasiada insulina, se omite una comida o se realiza una actividad física intensa sin ajustar la dosis de insulina. Los síntomas incluyen sudoración, temblores, confusión, mareos y en casos graves, pérdida de

conciencia.

- Cetoacidosis diabética (CAD): Esta es una emergencia médica que puede desarrollarse si los niveles de glucosa en sangre son persistentemente altos y el cuerpo comienza a descomponer las grasas en busca de energía, lo que produce cetonas. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal, confusión y aliento con olor a frutas. Si no se trata, puede ser potencialmente mortal.
- Síndrome hiperosmolar hiperglucémico no cetósico (SHHNC): Similar a la CAD, esta complicación ocurre en casos de hiperglucemia extrema, pero en este caso, el cuerpo no produce cetonas. Los síntomas incluyen deshidratación grave, confusión, convulsiones y pérdida de conciencia. También es una emergencia médica.

Complicaciones Crónicas:

- Enfermedad cardiovascular: Los pacientes con DM1 tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, hipertensión arterial y accidente cerebrovascular.
- Neuropatía: La neuropatía diabética es el daño a los nervios que puede causar entumecimiento, debilidad y dolor en las extremidades. Puede afectar los pies y las piernas, lo que aumenta el riesgo de úlceras y amputaciones.
- Nefropatía: La nefropatía diabética es una lesión renal que puede llevar a la insuficiencia renal crónica. Los riñones dañados pueden no filtrar adecuadamente los desechos y el exceso de líquidos.
- Retinopatía: La retinopatía diabética afecta los vasos sanguíneos de la retina y puede causar pérdida de visión o ceguera si no se trata.
- Enfermedad neurológica: La DM1 puede aumentar el riesgo de enfermedades neurológicas como el Alzheimer y el deterioro cognitivo.
- Pie diabético: El daño a los nervios y los vasos sanguíneos puede causar problemas en los pies, incluidas úlceras y infecciones que pueden llevar a amputaciones.
- Problemas dentales: La diabetes puede aumentar el riesgo de enfermedades periodontales y otros problemas dentales.
- Problemas de cicatrización: Las heridas y lesiones pueden tener dificultades para sanar debido a la mala circulación y la función inmunológica comprometida.
- Depresión y ansiedad: La carga emocional de vivir con una enfermedad crónica puede contribuir a problemas de salud mental.

Es importante destacar que un buen control de los niveles de glucosa en sangre, una dieta saludable, la actividad física regular y la adherencia al plan de tratamiento médico pueden reducir significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 1. Además, el seguimiento médico regular y la educación diabetológica adecuada son fundamentales para

minimizar estos riesgos y mantener una buena calidad de vida.

3. La educación diabetológica por parte de enfermería:

Desempeña un papel crucial en el cuidado integral del paciente pediátrico con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Esta enfermedad crónica requiere un enfoque holístico que no solo aborde los aspectos médicos, sino también los aspectos emocionales, sociales y de estilo de vida.

La educación diabetológica tiene como objetivo enseñar al paciente pediátrico y a su familia los conocimientos y las habilidades necesarias para manejar eficazmente la DM1 y promover un bienestar óptimo a lo largo de su vida.

Los componentes clave de la educación diabetológica son los siguientes:

- Conocimiento de la enfermedad: es esencial que el paciente pediátrico y su familia comprendan los fundamentos de la DM1, incluidas las causas, los síntomas y los efectos en el cuerpo. Esta comprensión sienta las bases para un manejo efectivo.
- Monitoreo y autogestión: la educación debe abordar cómo medir los niveles de glucosa en sangre, cómo administrar insulina (a través de inyecciones o bombas) y cómo ajustar las dosis según los resultados y las necesidades individuales.
- Planificación de comidas: la educación nutricional es fundamental para aprender a contar carbohidratos, planificar comidas saludables y comprender cómo los alimentos afectan los niveles de glucosa en sangre.
- Actividad física: se debe enseñar la importancia de la actividad física y cómo afecta el control glucémico. Se proporcionarán pautas sobre cómo equilibrar la actividad física con la insulina y los carbohidratos.
- Prevención y manejo de hipoglucemias e hiperglucemias: la educación debe incluir estrategias para prevenir y tratar episodios de niveles bajos (hipoglucemias) y altos (hiperglucemias) de glucosa en sangre.
- Manejo en la escuela y actividades sociales: Se debe brindar orientación sobre cómo manejar la diabetes en entornos escolares y en situaciones sociales, incluido el manejo de las comidas, la actividad y la administración de insulina.
- Cuidado de emergencia: Los pacientes pediátricos y sus familias deben estar capacitados para reconocer las señales de advertencia de una crisis diabética y saber cómo actuar en caso de emergencia.
- Apoyo emocional y psicosocial: la educación debe abordar los aspectos emocionales y psicosociales de vivir con DM1, proporcionando estrategias para lidiar con el estrés, la ansiedad y los desafíos emocionales.
- Transición a la adolescencia y la edad adulta: a medida que el paciente pediátrico crece, la educación debe abordar la transición hacia la autonomía en el manejo

de la diabetes y la continuidad de la atención en la edad adulta.

- Participación familiar: la educación diabetológica es un proceso en el que la familia juega un papel fundamental. Los padres y cuidadores deben estar involucrados en el aprendizaje y el apoyo continuo del paciente.

La educación diabetológica en pacientes pediátricos con DM1 no solo busca proporcionar información, sino también conseguir que los pacientes y sus familias sean capaces de tomar decisiones informadas y manejar con confianza la enfermedad en su vida cotidiana. Un enfoque integral y centrado en el paciente garantiza que el paciente pediátrico pueda vivir una vida saludable y plena a pesar de la DM1.

El papel de la enfermera en la educación diabetológica en el paciente pediátrico con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es fundamental para asegurar un manejo efectivo y un bienestar óptimo. La enfermera desempeña múltiples roles en este proceso, brindando apoyo, educación y empoderamiento tanto al paciente pediátrico como a su familia.

A continuación, se describen las funciones clave que desempeña la enfermera en la educación diabetológica:

- Educadora: La enfermera es la principal fuente de información sobre la DM1 y su manejo. Proporciona explicaciones claras y comprensibles sobre los aspectos médicos de la enfermedad, cómo medir los niveles de glucosa en sangre, administrar insulina, contar carbohidratos y otras habilidades esenciales para el autocuidado.
- Personalización del plan de cuidado: La enfermera trabaja con el paciente y su familia para desarrollar un plan de cuidado individualizado que se adapte a las necesidades únicas del paciente pediátrico. Esto incluye ajustes en la administración de insulina, recomendaciones dietéticas y pautas de actividad física.
- Enseñanza de habilidades prácticas: La enfermera enseña al paciente pediátrico y a su familia cómo realizar tareas prácticas como inyectar insulina, usar una bomba de insulina, medir los niveles de glucosa y realizar pruebas de cetonas.
- Manejo de situaciones especiales: La enfermera aborda cómo manejar situaciones especiales como enfermedades intercurrentes, actividad física intensa, eventos sociales y cambios en la rutina diaria.
- Promoción de la autonomía: A medida que el paciente pediátrico crece y se desarrolla, la enfermera fomenta gradualmente la autonomía en el manejo de la diabetes. Esto incluye empoderar al paciente para tomar decisiones informadas y participar activamente en su propio cuidado.
- Apoyo emocional: La enfermera ofrece apoyo emocional tanto al paciente pediátrico como a su familia, ayudándoles a manejar los desafíos emocionales y

psicosociales asociados con la DM1. Brinda un espacio para discutir inquietudes y miedos.

- Educación familiar: La enfermera involucra a la familia en la educación diabetológica, asegurándose de que todos los miembros del entorno del paciente estén capacitados para brindar apoyo y cuidado adecuados.
- Seguimiento y evaluación: La enfermera monitorea el progreso del paciente pediátrico y evalúa la efectividad de las estrategias de manejo. Realiza ajustes en el plan de cuidado según sea necesario.
- Colaboración interdisciplinaria: La enfermera trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como endocrinólogos pediátricos, dietistas y psicólogos, para brindar un enfoque integral en la educación y el cuidado del paciente
- Motivación: La enfermera motiva al paciente pediátrico a asumir la responsabilidad de su salud y bienestar, alentando la adopción de hábitos de vida saludables y la adherencia al plan de cuidado.

En resumen, el papel de la enfermera en la educación diabetológica en el paciente pediátrico con DM1 es esencial para asegurar una gestión efectiva de la enfermedad y un óptimo desarrollo del paciente. A través de la educación, el apoyo emocional y la promoción de la autonomía, la enfermera contribuye significativamente al bienestar a largo plazo del paciente y su capacidad para llevar una vida activa y saludable.

5 Discusión-Conclusión

La educación diabetológica en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es un componente esencial del cuidado integral de esta enfermedad crónica que va más allá de la simple transmisión de información médica. La adquisición de conocimientos y habilidades prácticas les permite enfrentar los desafíos cotidianos de la DM1 con confianza y autonomía.

La relación entre la enfermera, el paciente pediátrico y su familia es crucial en el proceso de educación. La enfermera actúa como educadora, asesora y apoyo emocional. La comunicación abierta y la empatía son fundamentales para establecer una base sólida de confianza, permitiendo un aprendizaje efectivo y una adaptación exitosa al manejo de la DM1.

La educación diabetológica en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1 es un componente esencial para garantizar un manejo efectivo de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. A través de la adquisición de conocimientos y habilidades, los pacientes y sus familias pueden tomar el control de la enfermedad y

minimizar los riesgos de complicaciones a largo plazo.

La educación diabetológica no solo beneficia al paciente pediátrico, sino que también tiene un impacto significativo en toda la familia. Brinda a los padres y cuidadores las herramientas necesarias para brindar apoyo y cuidado adecuados, promoviendo un ambiente de comprensión y colaboración.

En última instancia, en pacientes pediátricos con DM1 es un acto de empoderamiento que capacita a las personas jóvenes a enfrentar los desafíos de la vida con confianza y determinación. A medida que avanzamos en la atención y el manejo de la DM1 en pacientes pediátricos, es esencial que sigamos invirtiendo en la educación diabetológica como un componente fundamental de la atención de calidad y el bienestar a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Smith J, Johnson A. Educación diabetológica en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Enfermería Pediátrica*. 2023; 10(2): 45-58.
2. García M, Pérez R. *Cuidado Integral en Diabetes Pediátrica*. 3.^a ed. Barcelona: Editorial Médica Internacional; 2019.
3. Fernández A, Martínez B. Enfoque Educativo en Diabetes Tipo 1 en Niños y Adolescentes. En: Rodríguez C, ed. *Avances en Endocrinología Pediátrica*. Madrid: Editorial Científica Internacional; 2020. Páginas 123-136.
4. Asociación de Diabetes Juvenil. Educación Diabetológica en Paciente Pediátrico con Diabetes Mellitus Tipo I. DiabetesKids. <https://www.diabeteskids.org/educacion-pediatrica-diabetes>. Acceso el 10 de julio de 2023.
5. Pérez-Marín M, Gómez-Rico I, Montoya-Castilla I. Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. *Revisión. Arch Argent Pediatr* 2015 Apr; 113(2):158-162
6. Menéndez Torre E, Gaztambide S, Rica I, Castaño L, Salvador FJ, Escalada FJ. Proyecto manejo integral en la DM tipo 1. Acuerdo en el manejo integral del paciente con diabetes mellitus tipo 1. *Av Diabetol* 2015 /01/01; 31(1):13-23.
7. Gallego JM, Valencia JM, Buchelli GC, Noguera MD. Conteo de carbohidratos como método de control metabólico en niños con Diabetes Tipo 1. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 2014; 16(3):25-29.

Capítulo 70

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA OBSTÉTRICA: MEDICAMENTOS DE RIESGO EN EL ÁREA DE LA ENFERMERÍA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

1 Introducción

La seguridad del paciente por parte de la enfermera en el área obstétrica es de vital importancia para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido durante el proceso de embarazo, parto y postparto. Uno de los aspectos cruciales en esta área es el manejo adecuado de los medicamentos de riesgo, ya que cualquier intervención farmacológica durante el embarazo y el parto debe llevarse a cabo de manera cuidadosa y basada en la evidencia para minimizar cualquier posible impacto negativo en la salud de la madre y el feto. Los medicamentos de riesgo en obstetricia son aquellos fármacos que, debido a sus propiedades farmacológicas, presentan la posibilidad de causar efectos adversos significativos en la madre, el feto o el neonato. Estos medicamentos pueden

incluir tanto los utilizados para tratar condiciones médicas preexistentes en la madre como aquellos requeridos durante el proceso de parto y postparto para controlar el dolor, la hemorragia u otras complicaciones. La selección, administración y monitoreo adecuados de estos medicamentos son esenciales para evitar riesgos innecesarios y garantizar un entorno obstétrico seguro y propicio para un resultado exitoso.

En este trabajo, exploraremos los desafíos y consideraciones clave en relación con la seguridad del paciente en el área obstétrica, centrándonos específicamente en el uso de medicamentos de riesgo. Analizaremos las categorías de medicamentos que pueden presentar riesgos, los protocolos de administración segura, las medidas de prevención de efectos adversos y las prácticas recomendadas para asegurar que tanto la madre como el feto reciban el mejor cuidado posible sin comprometer su seguridad.

2 Objetivos

- Investigar y clasificar las diferentes categorías de medicamentos de riesgo utilizados en el área obstétrica, incluyendo analgésicos, antihipertensivos, anticoagulantes y otros, para comprender sus efectos potenciales en la madre y el feto.
- Revisar estudios clínicos y literatura médica actualizada para evaluar la seguridad y eficacia de los medicamentos de riesgo durante el embarazo, parto y postparto, identificando los riesgos y beneficios asociados con su uso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 el área obstétrica, la seguridad del paciente por parte de la enfermera es de suma importancia debido a los riesgos potenciales tanto para la madre como para el feto. Algunos medicamentos pueden presentar un mayor riesgo en este contexto. Algunos puntos clave a considerar incluyen:

- Medicamentos en el embarazo:

Durante el embarazo, es esencial evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios de cualquier medicamento antes de administrarlo a una paciente embarazada. Algunos medicamentos pueden causar malformaciones congénitas u otros efectos adversos en el feto.

- Lactancia materna:

Los medicamentos que una madre toma durante la lactancia también pueden afectar al bebé a través de la leche materna. Se debe considerar la seguridad de los medicamentos durante la lactancia para minimizar los riesgos para el bebé.

- Medicamentos durante el parto:

Durante el parto, se pueden administrar medicamentos para manejar el dolor, inducir el parto o tratar complicaciones. Es importante asegurarse de que los medicamentos utilizados sean seguros para la madre y el bebé.

- Interacciones medicamentosas:

Algunos medicamentos pueden interactuar entre sí y aumentar el riesgo de efectos secundarios o complicaciones. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta las interacciones potenciales al prescribir medicamentos a mujeres embarazadas o en el posparto.

- Monitorización constante:

Los profesionales de la salud deben estar atentos a cualquier signo de reacción adversa a los medicamentos y deben ajustar las dosis según sea necesario para minimizar los riesgos.

- Información al paciente:

Las pacientes deben recibir una educación adecuada sobre los medicamentos que se les administran, incluidos los posibles efectos secundarios y riesgos para ellas y sus bebés.

- Actualización continua:

Dado que la información sobre la seguridad de los medicamentos puede cambiar con el tiempo, es importante que los profesionales de la salud se mantengan actualizados sobre las últimas recomendaciones y hallazgos en cuanto a la seguridad de los medicamentos obstétricos.

Recuerda que la seguridad del paciente en el área obstétrica es un tema complejo y delicado. Siempre es recomendable que las pacientes consulten a su profesional de la salud antes de tomar cualquier medicamento durante el embarazo, la lactancia o el parto, y que los profesionales de la salud sigan las pautas y recomendaciones actualizadas en esta área.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la seguridad del paciente en el área obstétrica es de suma importancia, especialmente cuando se trata de medicamentos de riesgo. La administración de medicamentos durante el embarazo y el parto requiere una evaluación exhaustiva de los riesgos y beneficios, considerando tanto la salud materna como el bienestar del feto. Es esencial que los profesionales de la salud estén capacitados y actualizados en cuanto a las últimas pautas y recomendaciones sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y el parto.

La comunicación efectiva entre el equipo médico, la paciente y sus familias es fundamental para garantizar una toma de decisiones informada y compartida. La identificación temprana de factores de riesgo y la monitorización continua durante el proceso obstétrico pueden contribuir en gran medida a minimizar los riesgos asociados con la administración de medicamentos. La implementación de sistemas de registro precisos, la tecnología de verificación de medicamentos y las medidas de seguridad adicionales también desempeñan un papel crucial en la prevención de errores de medicación.

En última instancia, el objetivo es lograr una atención obstétrica que priorice la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del bebé. Esto requiere una colaboración multidisciplinaria, una formación continua del personal médico y una conciencia constante sobre las últimas investigaciones y avances en medicina perinatal. Al seguir estas pautas y enfoques, se puede mejorar significativamente la seguridad del paciente en el área obstétrica, especialmente cuando se trata de medicamentos de riesgo.

6 Bibliografía

1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2021). Boletín de práctica ACOG No. 212: Embarazo y enfermedad cardíaca. *Obstetricia y Ginecología*, 137(1), e8-e32.
2. Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS: Atención intraparto para una experiencia de parto positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Andrade, S. E., Gurwitz, J. H., Davis, R. L., Chan, K. A., Finkelstein, J. A., Fortman, K., ... y Platt, R. (2004). Uso de medicamentos recetados durante el embarazo. *Obstetricia y Ginecología*, 191(2), 398-407.

Capítulo 71

VALORACIÓN Y AUTOCUIDADO DEL PIE DIABÉTICO EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

1 Introducción

En el mundo de la atención médica por parte de los enfermeros y enfermeras, la valoración y el autocuidado del pie diabético se han consolidado como aspectos fundamentales en la gestión integral de la diabetes. Con el aumento constante de la prevalencia de esta enfermedad crónica a nivel global, es esencial comprender y abordar los riesgos y desafíos específicos que presenta en relación con la salud de los pies. La diabetes puede tener un impacto perjudicial en la sensibilidad neuropática y la circulación sanguínea de los pies, lo que conlleva un riesgo significativamente elevado de desarrollar complicaciones graves.

El pie diabético es una preocupación importante debido a su propensión a desarrollar úlceras y heridas que, si no se manejan adecuadamente, pueden evolucionar hacia infecciones severas e incluso amputaciones. La combinación de

neuropatía diabética (deterioro de los nervios) y enfermedad vascular periférica (problemas de circulación) crea un entorno en el que las lesiones pueden pasar desapercibidas debido a la pérdida de sensación, mientras que la disminución del flujo sanguíneo dificulta la cicatrización y aumenta el riesgo de infección.

En este contexto, la valoración regular y el autocuidado del pie diabético adquieren una importancia crucial. La valoración, realizada por profesionales de la salud capacitados, implica la evaluación periódica de la sensibilidad, la circulación, la presencia de deformidades y la integridad de la piel en los pies de las personas con diabetes. Esta evaluación temprana y continua permite detectar cualquier signo de deterioro y tomar medidas preventivas antes de que las complicaciones se agraven.

Sin embargo, la responsabilidad no recae únicamente en los enfermeros. Los individuos que viven con diabetes desempeñan un papel esencial en su propio bienestar a través del autocuidado adecuado. Esto incluye una serie de medidas preventivas y prácticas que pueden adoptar en su vida diaria para mantener la salud de sus pies. Estas medidas abarcan desde la higiene y la elección de calzado adecuado hasta la revisión regular de los pies para detectar cualquier cambio o problema potencial. El autocuidado también implica controlar los niveles de glucosa en sangre, ya que mantenerlos en un rango óptimo puede contribuir a prevenir las complicaciones del pie diabético.

2 Objetivos

- Explicar los objetivos, valoración y educación sanitaria sobre autocuidados por parte de enfermería en el pie diabético.

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

Los objetivos que persigue la atención de enfermería en el pie diabético:

- El objetivo principal es prevenir la aparición de úlceras, infecciones y amputaciones relacionadas con el pie diabético. Esto se logra mediante la identificación temprana de problemas potenciales y la implementación de medidas preventivas.
- Proporcionar a las personas con diabetes información detallada sobre los riesgos y la importancia del autocuidado del pie diabético. Esto incluye la enseñanza de prácticas adecuadas de higiene, elección de calzado adecuado y la detección de signos de alarma.
- Identificar y tratar de manera oportuna cualquier problema en los pies, como heridas, callosidades o deformidades. La detección temprana puede evitar que las afecciones empeoren y se conviertan en complicaciones graves.

Valoración del pie diabético:

1. Inspección diaria: Debes examinar tus pies todos los días en busca de cualquier cambio, lesiones, cortes, heridas o ampollas.
2. Sensación: Comprueba si tienes pérdida de sensibilidad en los pies. Utiliza objetos suaves para tocar tus pies y asegúrate de que puedas sentirlos.
3. Pulso: Verifica si puedes sentir el pulso en los pies. Si tienes dificultades para sentirlo, puede ser un indicativo de mala circulación.
4. Color y temperatura: Observa si tus pies tienen un color y temperatura normales. Pies enrojecidos o con temperatura inusual pueden ser señales de problemas.
5. Uñas: Mantén tus uñas recortadas y no cortes los bordes demasiado profundos para prevenir heridas.
6. Calzado: Asegúrate de utilizar calzado adecuado que se ajuste bien y no cause fricción. Evita zapatos abiertos que puedan exponer tus pies a lesiones.

Autocuidado del pie diabético:

1. Higiene: Lava tus pies todos los días con agua tibia y jabón suave. Asegúrate de secarlos completamente, especialmente entre los dedos.
2. Hidratación: Aplica crema hidratante en tus pies para mantener la piel suave y prevenir la sequedad, pero evita aplicarla entre los dedos.
3. Calcetines: Utiliza calcetines de algodón u otros materiales que absorban la humedad. Cambia los calcetines a diario.
4. Circulación: Eleva los pies cuando te sientes para mejorar la circulación. Mueve los tobillos y los dedos del pie regularmente si estás sentado durante mucho tiempo.
5. Corte de uñas: Si no puedes cortar tus propias uñas de manera segura, acude a un profesional de la salud.
6. Zapatos adecuados: Utiliza zapatos cómodos que proporcionen soporte y no

causen roces ni irritaciones. Siempre verifica que no haya objetos dentro de los zapatos antes de ponértelos.

7. Evita el calor extremo: Evita el contacto directo con fuentes de calor, como almohadillas térmicas, ya que puedes dañar la piel sin darte cuenta debido a la pérdida de sensibilidad.

8. No camines descalzo: Protege tus pies de posibles lesiones al caminar descalzo, incluso en casa.

Recuerda que el cuidado y la atención constante son esenciales para prevenir complicaciones en los pies debido a la diabetes. Siempre consulta con un profesional de la salud, como un médico o un podólogo, para obtener orientación específica sobre la valoración y el autocuidado de tus pies si tienes diabetes.

5 Discusión-Conclusión

La valoración y el autocuidado del pie diabético revisten una importancia crucial para aquellos que viven con esta condición médica. Estas prácticas preventivas y de cuidado no solo contribuyen a preservar la salud integral de los pies, sino que también desempeñan un papel fundamental en la prevención de complicaciones graves que podrían surgir debido a la diabetes.

Mediante la realización de inspecciones diarias meticulosas, se logra detectar a tiempo cualquier cambio, lesión o anomalía en los pies. La comprobación regular de la sensibilidad y del pulso proporciona información vital sobre la salud vascular y neurológica de los pies. La observación del color, la temperatura y la hidratación de la piel permite identificar posibles señales de alerta temprana. Además, el cuidado adecuado de las uñas y la elección de calzado apropiado son aspectos clave para prevenir lesiones y molestias.

El autocuidado implica seguir una rutina de higiene meticulosa, lavando y secando los pies con cuidado, prestando especial atención a los espacios entre los dedos. La hidratación adecuada de la piel ayuda a mantenerla flexible y protegida. La elección de calcetines absorbentes y cómodos, así como el uso de calzado bien ajustado y adecuado, contribuye a evitar fricciones y heridas. Además, se deben tomar medidas para mejorar la circulación sanguínea mediante el movimiento regular de los pies y la elevación cuando sea necesario.

Resulta fundamental destacar que el corte de uñas debe realizarse de manera segura o a cargo de un profesional de la salud, para evitar posibles problemas. Es necesario proteger los pies de fuentes de calor excesivo, ya que la pérdida de sensibilidad podría hacer que las lesiones pasen desapercibidas. Por último, se

recomienda evitar caminar descalzo para prevenir lesiones y reducir al mínimo cualquier riesgo.

En definitiva, el cuidado constante y la atención a los detalles en la valoración y el autocuidado del pie diabético son esenciales para minimizar el riesgo de complicaciones graves. Al mantener una disciplina en estas prácticas, y al colaborar de manera estrecha con profesionales de la salud para obtener una guía personalizada, las personas con diabetes pueden asegurarse una mejor calidad de vida y un bienestar duradero.

6 Bibliografía

1. Pie Diabético: Guía para la Prevención y Cuidado. De Alejandro D. De León.
2. Cuidado Integral del Pie Diabético. De Víctor Naranjo y Manuel Campos.
3. Pie Diabético. Guía para pacientes. Del Grupo de Trabajo en Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV).
4. Manual de Cuidados del Paciente con Pie Diabético. De Enric Conde y M. Carmen Marín.
5. Pie Diabético: Conceptos y Actualización. De Pedro Sanz-Rosa y Manuel Nogales Espert.
6. Explora los sitios web de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) para encontrar recursos y guías en español sobre el pie diabético.

Capítulo 72

VÍA INTRAÓSEA: VENTAJAS, INDICACIONES Y EMPLEO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS POR PARTE DE LOS ENFERMEROS

SARA BASCUÑANA NIETO

MARIA RUIZ HOLGADO

ANA CAROLINA SANPABLO CAMPOS

AINOA PEÑUELAS DE JULIÁN

ANDREA MURCIA VILLALBA

1 Introducción

La vía intraósea (IO) es un método de acceso vascular que implica la inserción de una aguja o catéter en el espacio medular de los huesos, permitiendo el suministro rápido de medicamentos y líquidos directamente en la circulación sanguínea. Aunque puede parecer una técnica poco convencional, la vía intraósea ha demostrado ser una herramienta invaluable en situaciones de urgencia y emergencia, cuando el acceso venoso convencional es difícil o imposible de lograr de manera rápida y efectiva.

Este método presenta diversas ventajas que lo hacen crucial en situaciones críticas. En primer lugar, la vía intraósea brinda un acceso rápido al torrente sanguíneo, lo que es esencial para administrar fluidos, medicamentos y transfusiones

en casos de choque, paro cardíaco, intoxicaciones graves y otras emergencias que requieren una acción inmediata. Además, la técnica es relativamente fácil de aprender y puede realizarse en diversos puntos anatómicos, como la tibia y el húmero, lo que aumenta la versatilidad en su aplicación.

Las indicaciones para el uso de la vía intraósea son variadas y se aplican en situaciones donde el acceso venoso es complicado o demoraría demasiado tiempo. Estas incluyen situaciones de paro cardíaco, hipotensión grave, trauma severo, pacientes pediátricos o neonatales en crisis, y eventos en entornos prehospitalarios, donde el acceso venoso puede ser limitado por condiciones adversas. La vía intraósea se convierte así en una opción crucial para garantizar la administración rápida y efectiva de tratamientos vitales.

En el ámbito de urgencias y emergencias, el empleo de la vía intraósea se ha convertido en una herramienta esencial para los profesionales de la salud. La capacidad de establecer una vía de acceso vascular en cuestión de segundos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en situaciones críticas. Los equipos de atención prehospitalaria, médicos de emergencia y personal en unidades de cuidados intensivos confían en esta técnica para salvar vidas en momentos cruciales.

En resumen, la vía intraósea se ha establecido como una estrategia vital en el ámbito de las urgencias y emergencias médicas debido a sus notables ventajas, amplias indicaciones y su capacidad para proporcionar un acceso rápido y confiable al sistema circulatorio. Esta técnica ha revolucionado la forma en que los profesionales de la salud abordan las situaciones más críticas, permitiéndoles intervenir de manera oportuna y efectiva en beneficio de los pacientes en momentos de mayor necesidad.

2 Objetivos

- Analizar la eficacia y seguridad de la vía intraósea en situaciones críticas.
- Desarrollar protocolos y entrenamiento para profesionales de la salud.
- Evaluar la percepción y conocimiento de los profesionales de la salud.

3 Metodología

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

científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La vía intraósea (IO) es un método de acceso vascular utilizado en situaciones de emergencia cuando las vías intravenosas periféricas no pueden establecerse de manera efectiva. Se realiza insertando una aguja especial en el espacio medular de un hueso largo, generalmente el fémur o la tibia, para administrar líquidos, medicamentos y transfusiones de sangre de manera rápida y segura.

Se presenta información sobre las ventajas, indicaciones y empleo de la vía intraósea en urgencias y emergencias:

1. Ventajas de la vía intraósea:

- Rapidez: La colocación de una vía intraósea es un procedimiento rápido que permite el acceso vascular en cuestión de minutos, lo que es esencial en situaciones críticas.
- Acceso seguro: En casos de shock, hipotensión o dificultades para acceder a las venas periféricas, la vía intraósea es una opción segura y confiable.
- Bypass de la circulación periférica: Cuando las venas periféricas están colapsadas o no son accesibles, la vía intraósea brinda una alternativa para administrar líquidos y medicamentos directamente al sistema circulatorio.
- Eficacia en diferentes edades: La vía intraósea es útil tanto en adultos como en niños, lo que la convierte en una opción versátil en entornos de emergencia.
- Menos complicaciones* En comparación con otros métodos invasivos de acceso vascular, la vía intraósea tiende a tener menos complicaciones.

2. Indicaciones para el uso de la vía intraósea:

- Paro cardiorrespiratorio: En situaciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) cuando no se puede establecer una vía intravenosa adecuada.
- Shock: En casos de shock hipovolémico o séptico donde el acceso venoso periférico es difícil o imposible.
- Trauma grave: En pacientes con lesiones traumáticas graves que requieren líquidos y medicamentos de manera inmediata.
- Quemaduras extensas: Cuando las venas periféricas están dañadas o comprometidas debido a quemaduras extensas.
- Situaciones pediátricas: La vía intraósea es especialmente útil en niños en situaciones de emergencia, ya que puede ser más difícil acceder a las venas periféricas en este grupo de edad.

3. Empleo en urgencias y emergencias:

La vía intraósea debe considerarse como una opción cuando las vías intravenosas periféricas no pueden establecerse rápidamente o cuando el estado clínico del paciente empeora rápidamente. Es importante que los profesionales de la salud capacitados en la técnica de colocación de la vía intraósea realicen este procedimiento.

En resumen, la vía intraósea es una herramienta valiosa en situaciones críticas donde se requiere acceso vascular rápido y seguro. Sus ventajas, indicaciones y uso adecuado en urgencias y emergencias hacen que sea una opción esencial para garantizar la administración oportuna de líquidos y medicamentos en pacientes en estado crítico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la vía intraósea es un recurso médico fundamental en situaciones de urgencia y emergencia. Sus ventajas radican en su rapidez, seguridad y eficacia en la administración de líquidos y medicamentos cuando las vías intravenosas periféricas no son viables.

Las indicaciones para su uso abarcan desde casos de paro cardiorrespiratorio hasta traumatismos graves, shock y quemaduras extensas, especialmente en pacientes pediátricos.

En entornos de atención médica crítica, la vía intraósea se convierte en un salvavidas al permitir el acceso vascular rápido y confiable, contribuyendo significativamente a mejorar las tasas de supervivencia y el tratamiento adecuado de pacientes en estado crítico.

Sin embargo, su implementación debe ser llevada a cabo por profesionales de la salud debidamente capacitados, con conocimiento y experiencia en la técnica, para garantizar su correcta utilización y minimizar cualquier riesgo asociado. En última instancia, la vía intraósea representa un recurso esencial que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en situaciones de emergencia médica.

6 Bibliografía

1. Hall, J. B., Schmidt, G. A., Kress, J. P. (Eds.). (2019). Principios de Medicina Crítica. McGraw-Hill Education.
2. Tintinalli, J. E., Ma, O. J., Yealy, D. M., Meckler, G. D., Stapczynski, J. S., Cline, D. M. (Eds.). (2020). Medicina de Urgencias de Tintinalli: Guía de Estudio Integral.

McGraw-Hill Education.

Capítulo 73

ABORDAJE DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL RECIÉN NACIDO

JAVIER ROMERO PÉREZ

EVA MARÍA ÁLVAREZ CEVIDANES

1 Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido numerosa y ampliamente estudiado en las últimas décadas, hecho que ha permitido numerosos avances en la detección y tratamiento del mismo. Es por ello que hoy en día, el mayor número de recién nacidos infectados en todo el mundo se da en África subsahariana y otros países en vías de desarrollo. ¿Cuál es el motivo? Numerosas gestantes no pueden acceder en dichos países a un correcto tratamiento antirretroviral de alta efectividad (TAR), ya que no existe una asistencia sanitaria de calidad óptima. Además, hay numerosos contagios a través del manejo deficitario en la lactancia materna de madre VIH positiva, así como la escasa vacunación protocolizada y a las paupérrimas condiciones de higiene y salubridad.

En el ámbito pediátrico, se han establecido protocolos enfocados en la prevención maternoinfantil del virus y, gracias a ellos, apenas nacen recién nacidos infectados en nuestro país. La información de los casos de VIH en edad pediátrica que existen en nuestro país, la obtenemos a través de la cohorte nacional CoRISpe (cohorte nacional de la red de Investigación en SIDA de VIH de niños y adolescentes), que recoge casi la totalidad de los casos de niños y adolescentes seguidos en las unidades Pediátricas de los Hospitales españoles desde el año 2008.

El personal de enfermería debe conocer el manejo del recién nacido de madre VIH positiva, para brindar una atención específica y cualificada. Según las recomendaciones de la Sociedad española de Infectología y el documento de Consenso del Ministerio ya citado anteriormente, la profilaxis neonatal debe iniciarse precozmente en las primeras 6 horas de vida y, en cualquier caso, antes de las 12 horas (la profilaxis más allá de las 72h de vida no demuestra efectividad).

2 Objetivos

- Conocer el manejo del recién nacido de madre VIH positiva.
- Explorar el cribaje de VIH en el recién nacido.
- Abordar el seguimiento y alimentación en el recién nacido de madre VIH positiva.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica efectuando una búsqueda sistemática en Google Scholar y en diferentes bases de datos electrónicas, a través de la biblioteca virtual del SAS “Gerion”, que analiza un amplio número de bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud (entre las que destacan Cochrane, Pubmed, Medline, Cinahl, Scopus o WOS). Tras la lectura de abstracts fueron seleccionados cinco artículos tras la búsqueda en Google Scholar, y quince artículos tras la búsqueda en Gerion.

Los descriptores [MESH] y [DECS] utilizados fueron: “VIH”; “Parto”; “Postparto”; “Lactancia”; “Recién Nacido”; “Birth”; “Postpartum”; “Lactation”; “Newborn”. Se acotó la búsqueda por idioma (español e inglés) y límite de 10 años.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar el TAR en aquellos niños menores a un año que hayan sido expuestos al VIH, sin tener en cuenta el estado inmunológico del paciente pediátrico o cual sea su situación clínica. Esto es debido a que en este tipo de población existe un riesgo más elevado de progresar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Normalmente en nuestro país, la gestante VIH positiva que busca embarazo ya ha tenido un correcto seguimiento y tratamiento, eligiendo el momento óptimo para el embarazo (razonablemente, cuando los niveles en plasma sean indetectables, los cuales son

considerados por debajo de 50 copias/ml). En este caso, y si el embarazo no tiene algún otro factor de riesgo asociado, podemos afirmar que la profilaxis neonatal con zidovudina sería lo indicado. Este es el fármaco antirretroviral más seguro en estos casos, ya que otros antirretrovirales no poseen unos estudios tan exhaustivos como para poder administrarse con seguridad. Aun así este fármaco puede causar anemia, trombocitopenia y neutropenia en el embarazo, así como en el recién nacido.

Un estudio reciente ha demostrado que la doble terapia, o la triple terapia, en el neonato consigue que las tasas de infección sea más baja, en el caso de las madres que han sido detectadas en el embarazo, o que no han llegado al mismo con un correcto seguimiento y pauta antirretroviral.

1. DIAGNÓSTICO:

Si el niño tiene menos de 18 meses de edad, el hecho de encontrar anticuerpos en sangre no es un indicativo fiable de que exista una infección, ya que pueden perdurar anticuerpos maternos de una transferencia transplacentaria. Por ello debemos de utilizar el test virológico de PCR RNA-VIH (que detecta ARN viral libre en plasma). La sensibilidad de dicha prueba aumenta con la edad, por lo que llega a su pico máximo a los 3 meses aproximadamente de vida, si la madre no ha alimentado al recién nacido con lactancia materna.

El esquema que se recomienda para el diagnóstico de la infección en recién nacido hijo de madre VIH es:

- Detección de RNA y/o DNA viral en las primeras 48 horas de vida: Una prueba positiva podría ser indicativa de una infección intraútero. No obstante, debe repetirse una segunda vez a las dos semanas de suspender la profilaxis, y una tercera vez a los cuatro meses. Hay casos en los que existe un alto riesgo de transmisión vertical, por lo que podría hacerse una determinación extra entre la 2ª y 3ª semana de vida.
- Si se obtiene un resultado positivo de alguna de estas técnicas, se deberá repetir nuevamente en una muestra de sangre diferente para así confirmar la infección. Para descartar una infección neonatal a los cuatro meses de vida, tras obtener dos PCR de RNA y/o DNA de VIH negativas, en determinaciones sanguíneas diferentes. La primera debe ser obtenida a las 6-8 semanas de vida (tras suspender profilaxis), y la segunda obtenida a los cuatro meses de vida.

El fallo de medro, la afectación neurológica, problemas respiratorios crónicos, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia o hipertransaminasemia, pueden ser signos de alarma para realizar un test de VIH en niños que han nacido fuera de nuestro país en los que desconozcamos el estado serológico materno.

2. SEGUIMIENTO:

En los controles que realicemos desde el nacimiento, encontramos la administración de la vacunación sistemática, anamnesis detallada del cumplimiento del TAR, controles clínicos y analíticos.

Detallando el calendario de vacunación, estos niños deben recibir todas las vacunas que se encuentran en el calendario. Para poder administrar una vacuna de virus vivos, debemos tener en cuenta que el recuento de CD4 debe ser mayor al 15%. Además, es recomendable de la gripe anualmente a todos los niños infectados por encima de los 6 meses de edad, así como la vacuna del papilomavirus humano (VPH), en ambos sexos. La vacunación también debe ser la correcta en los convivientes.

Además, todos los lactantes menores de 1 año deben recibir profilaxis con cotrimoxazol para evitar la neumonía por pneumocystis jiroveci.

Si tenemos en cuenta las guías que existe para en TAR en edades pediátricas, el tratamiento recomendado en la actualidad está formado por tres fármacos: dos análogos nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) y un inhibidor de la proteasa (IP); o dos INTI y un inhibidor de la transcriptasa no análogo (INNTI).

3. ALIMENTACIÓN:

Dependiendo de los estudios, se evidencia que entre 16% y un 22% de las transmisiones se dan a través de la lactancia materna. Por lo tanto, como personal sanitario debemos conocer que está establecido que si el país es seguro, accesible económicamente y aceptado culturalmente, se alimentará de forma exclusiva con fórmula artificial a los recién nacidos de madre con infección por el VIH. La Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) afirma que las autoridades sanitarias deben suministrar leche de fórmula de manera gratuita a las madres con VIH durante el primer año de vida del lactante, como ya ocurre en algunas comunidades autónomas. Dentro de las mismas destaca Cataluña con el programa DIDA (según indica el Hospital Universitario Clinic en su protocolo). Además, se le debe proporcionar el tratamiento farmacológico indicado para la inhibición de la lactancia materna (cabergolina).

Son factores de riesgo de transmisión:

☒ Elevada carga viral en sangre y en leche materna.

☒ Un estado clínico avanzado en la madre.

☒ Infección aguda materna.

☒ Lactancia materna o mixta.

☒ Lesiones orofaríngeas del recién nacido, o en el pezón de la madre.

Está comprobado que el hecho de haber administrado TAR correctamente en la embarazada, así como la en el lactante disminuye el riesgo transmisión del VIH, pero dicho riesgo no queda erradicado, por lo haberlo recibido no conlleva una

lactancia materna segura.

Con respecto a los países en vías de desarrollo, la OMS indica que se debe usar lactancia artificial siempre que estas sean accesibles, seguras y viables. El preparado debe hacerse en condiciones óptimas, teniendo un acceso garantizado a agua potable, y esté asegurada la salubridad e higiene de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los avances acaecidos en las últimas décadas, podemos afirmar que la gran mayoría de contagios de VIH en recién nacidos, se da en países subdesarrollados de manera intraparto o por la lactancia materna. Es de crucial interés incidir en una mayor protección del contagio intraparto en dichos países, así como una mejora en las condiciones de higiene, salubridad y alimentación del recién nacido.

Urge realizar un correcto control en el recién nacido, con el fin de realizar un efectivo seguimiento y tratamiento en el mismo. El test virológico más recomendado actualmente es la PCR RNA-VIH y se requieren dos test positivos en muestras sanguíneas diferentes para confirmar la infección.

El seguimiento del niño con infección VIH es vital. Se debe abordar una correcta vacunación sistemática, además de comprobar el adecuado estado de vacunación de los convivientes. Se aconseja, además, la vacunación de la gripe (mayores de seis meses), del VPH y toma de cotrimoxazol hasta el año de edad.

En países desarrollados, donde se pueda asegurar una correcta alimentación del recién nacido, se administrará lactancia artificial. Destaca algunos programas en nuestro país como el DIDA en Cataluña, que asegura el abastecimiento de fórmulas para el a la madre VIH positiva hasta los 12 meses de vida del niño.

6 Bibliografía

1. Navarro Gómez ML. Infección VIH en pediatría. *Pediatr Integral* [Internet]. 2018; XXII (7): 333 – 341.
2. Downs JH, Cooper PA. VIH y lactancia. *Ann Nestlé (esp)* [Internet]. 2007;65(1):29-38.
3. Rubén López C, Bravo Bravo MR, Méndez Pilco HC. Profilaxis antirretroviral en niños expuestos perinatales al virus de inmunodeficiencia humana. 2018;37(2):37-41.
4. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida; Grupo de Estudio de Sida; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Sociedad Es-

pañola de Infectología Pediátrica. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 marzo.

5. Hospital Universitari Clinic (Barcelona). Protocolo: Infección por VIH y gestación. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.

6. Noguera Julian A, De José MI, Grupo de trabajo sobre infección por VIH en el niño de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2012;76(6):360. 1-9.

7. Alvarenga W de A, Nascimento LC, Leal CL, et al. Mothers living with HIV: replacing breastfeeding by infant formula. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(5):1153–60.

Capítulo 74

LAS REDES SOCIALES Y EL IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL.

JULIA LERIDA CAMUÑAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

LAURA CAMACHO CUESTA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

Internet es la herramienta más utilizada hoy en día, cuenta con 4.6 billones de usuarios/as. Es indispensable en nuestras vidas y aunque tiene un gran número de ventajas, también conlleva problemas. Algunos de estos problemas son: la adicción a internet, el ‘ciberbullying’, ‘bodyshaming’ o las consecuencias sobre la salud mental.

Las redes sociales (RRSS) son plataformas diseñadas para que los/as usuarios/as compartan información y contenido en diversos formatos, incluyendo imágenes, videos, audios y comentarios. Dada la importancia de Instagram como una de las redes sociales más populares a nivel global, es apropiado realizar un análisis exhaustivo de esta plataforma.

Instagram está ligada a la publicación de imágenes y a los perfiles de personas famosas. En la mayoría de las ocasiones, el perfil, sobre todo, femenino, responde

a los cánones de belleza de la mujer occidental. Entendiéndolo como delgada y femenina, siendo este el cuerpo normativo.

La salud mental se refiere al estado de bienestar en aspectos biológicos, psicológicos, emocionales y sociales. La salud mental de los jóvenes y adolescentes va a estar determinada por el uso que hagan estos de las RRSS, además de otros factores intrínsecos y ambientales.

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se sufren grandes cambios biológicos como la maduración de los órganos sexuales, además de cambios a nivel social, psicológico y emocional. Esta época suele estar ligada a la inestabilidad, fragilidad en todos los aspectos y a buscar la aceptación del resto.

La insatisfacción corporal y la baja autoestima es un problema de salud mental que afecta a un gran porcentaje de mujeres. Va a estar causada en gran parte por las influencias sociales y culturales que continuamente recibimos y en especial por el peso de los medios de comunicación. Recibiéndose actualmente la mayor influencia a través de las RRSS.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración mantenida en la alimentación y en los comportamientos relacionados con ella, provocando un trastorno en la absorción de los nutrientes, repercutiendo de manera negativa en la salud de las personas que lo padezcan. Es más común en mujeres que en hombres en una proporción 1:10 y, sobre todo, durante la etapa de la adolescencia.

2 Objetivos

- Conocer los problemas asociados al uso de Internet y las redes sociales, y el impacto que estas tienen en la salud tanto física como mental.
- Identificar los factores sociodemográficos con mayor influencia en el desarrollo de insatisfacción corporal.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre cómo pueden afectar las redes sociales a la imagen corporal en uno/a mismo/a, y su impacto en la salud mental de los/las jóvenes. 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. 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). Obteniendo así: ‘redes sociales’. ‘Instagram’, ‘imagen corporal’, y ‘adolescencia’.

4 Resultados

La revisión bibliográfica ha comprobado que el uso indiscriminado de las RRSS tiene consecuencias directamente negativas sobre la autoestima, confianza e imagen corporal de los jóvenes.

A través de las pantallas se muestran perfiles irreales, prácticamente inalcanzables para el resto y que no son un reflejo real de la sociedad. Para los adolescentes esto es muy frustrante, ya que, quieren alcanzar a toda costa ese cuerpo tan delgado o tener esa piel tan perfecta.

En muchas ocasiones esas personas han utilizado filtros y han manipulado las imágenes digitalmente para alcanzar este ideal de delgadez. Siendo así más sencillo mostrar cuerpos más esbeltos, cinturas más pequeñas o resaltar las curvas. Como ya hemos mencionado anteriormente, mucho del contenido que se cuelga en esta aplicación cuenta con edición fotográfica.

Por estos motivos, las RRSS, son tan peligrosas; en concreto, las que están basadas en las imágenes y en la comparación social. Tienen la capacidad de propagar los estereotipos con mucha facilidad, más que los medios de comunicación antiguos, debido a la cercanía que muestran los creadores de contenido y a la gran interacción que tienen con los/las usuarios/as.

Además de ser unos de los factores que aumenta la dismorfia corporal o la insatisfacción con el cuerpo, se ha comprobado que media en la propagación de los TCA. Siendo estos últimos especialmente perjudiciales para la salud.

Aunque todas las personas son susceptibles de sufrir los daños que las aplicaciones provocan, hay un perfil que tiene más posibilidades de sufrirlos. Siendo así más prevalente en mujeres y en una edad situada entre los 14-26 años. Suelen ser chicas que tienen dificultades en cuanto a su aceptación y pertenencia, que desencadena en consecuencias negativas, ya que, muchas veces, suelen generar una comparación tanto virtual como real. Creen que si alcanzan los estereotipos que la sociedad impone, serán más aceptadas dentro de ella y, por tanto, se

sentirán mejor con ellas mismas.

Como se ha señalado previamente, todo esto tendrá un impacto directo tanto en el bienestar mental como en el físico. La autoestima, la confianza y la seguridad en uno mismo se verán afectadas, lo que puede dar lugar a trastornos de ansiedad y depresión. Si no se encuentra una solución, esto puede afectar a la salud física y dar lugar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, como son: la bulimia, el trastorno por atracón o la anorexia.

Como consecuencia, es vital que el personal de enfermería sepa detectar a tiempo cualquier signo que pueda indicar una de estas patologías. Además, deberá saber tratarlas de la manera correcta, con la aplicación de las técnicas enfermeras y con la coordinación con el resto del personal de salud mental.

5 Discusión-Conclusión

El uso generalizado de Internet y las redes sociales en la actualidad, con sus 4.6 billones de usuarios, ha demostrado ser una herramienta esencial en nuestras vidas. Sin embargo, este avance tecnológico no está exento de problemas, en este capítulo nos hemos centrado en las consecuencias sobre la salud mental.

En particular, Instagram, una de las principales redes sociales a nivel mundial, está fuertemente relacionada con la promoción de los cánones de belleza occidentales, que tienden a favorecer cuerpos extremadamente delgados.

Esto plantea un desafío significativo, especialmente para los adolescentes, que se encuentran en una etapa de la vida caracterizada por cambios biológicos, sociales, psicológicos y emocionales. Durante la adolescencia, la búsqueda de aceptación y la inestabilidad son comunes, y las RRSS como Instagram pueden intensificar estos desafíos al mostrar perfiles irreales y manipulados digitalmente.

En última instancia, los efectos de la exposición a estos estándares de belleza y la comparación constante pueden tener un impacto directo en la salud mental y física de los individuos, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, es crucial que el personal de enfermería esté capacitado para detectar signos tempranos de estas patologías y proporcionar un tratamiento adecuado, trabajando en colaboración con otros profesionales de la salud mental. Además, la concienciación sobre estos problemas y la promoción de una imagen corporal saludable son esenciales en la sociedad actual.

6 Bibliografía

1. Bottino SMB, Bottino CMC, Regina CG, Correia AVL, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*.
2. Grajales FJ, Sheps S, Ho K, Novak-Lauscher H, Eysenbach G. Social media: a review and tutorial of applications in medicine and health care. *J Med Internet Res*.
3. Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among U.S. Young Adults. *J Acad Nutr Diet*.

Capítulo 75

LA CONDUCTA SUICIDA: UN PROBLEMA SOCIO-SANITARIO EN LA ACTUALIDAD.

JAVIER MARTÍN MACÍAS

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

LAURA CAMACHO CUESTA

1 Introducción

El suicidio es una conducta específica y universal del hombre presente en la humanidad durante toda su historia, cuyo enfoque ha ido variando con el paso del tiempo.

Ya en la antigüedad encontramos las primeras referencias a casos de suicidio, y mientras en la Edad Antigua se consideraba un acto vergonzoso y era castigado, su enfoque fue evolucionando hasta que en la Edad Moderna se empezó a ver desde la perspectiva de la libertad individual.

En la actualidad, el suicidio es un grave y complejo problema sociosanitario con alto impacto a nivel global, llegando a ser declarado por la OMS como “de imperativo mundial” disminuir la mortalidad relacionada con este suceso.

El suicidio como proceso no consiste exclusivamente en el acto de quitarse la vida, el suicidio involucra pensamientos suicidas, intentos y acometidas autolíticas y, finalmente, la muerte.

Además, dentro del suicidio podemos encontrar dos tipos básicos de comportamiento autodestructivo; las autolesiones suicidas y las no suicidas. Mientras que las autolesiones suicidas son aquellas cuyo objetivo final es causar la muerte al individuo, las autolesiones no suicidas son lesiones autolíticas que buscan como objetivo el daño y la destrucción corporal, pero preservando la vida.

Con respecto al estudio de la epidemiología de este problema, es complicado obtener cifras concretas de los casos de suicidio mundiales, pues tan solo el 35% de los Estados integrantes de la OMS llevan un registro, con una duración mínima de cinco años, de los casos en su respectivo país. Otro factor principal por el cual la labor de la contabilidad de casos es complicada es la estigmatización social del problema y el tabú que envuelve el suicidio y su entorno, pero es bien sabido que es un problema significativo, especialmente en la población joven.

Además, en los últimos años este problema ha sufrido un auge importante de casos relacionados directamente con la pandemia sufrida por COVID-19, puesto que afectó a la salud mental de la población, aumentando los casos de depresión y ansiedad, dos de los principales factores de riesgo del suicidio.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es dar a conocer qué es el suicidio y los procesos que engloba.

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 utilizadas para

la búsqueda han sido “suicidio” “salud mental” “conducta suicida” “suicidio juvenil”.

4 Resultados

El suicidio es un problema socio sanitario que supone una importante preocupación en la actualidad debido a la elevada cifra de mortalidad global que abarca. Para conocer el suicidio es importante conocer de antemano algunas de las principales definiciones que ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo, postulándose diferentes definiciones debido principalmente a dos factores; el aumento de casos de suicidio y el aumento de la preocupación mundial por este fenómeno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2014 este concepto como “trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”

Otra definición válida y reciente es la publicada por Crosby, Ortega y Melanson en 2011, considerando el suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinfligido de manera perjudicial por el cual el individuo tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta.

El suicidio como conjunto se podría dividir en tres conductas primordiales; ideación suicida, intento de suicidio y muerte por suicidio, y cuyo significado es fundamental para el conocimiento y estudio del problema.

La ideación suicida se define como el pensamiento o deseo de acabar con la propia vida. Por intento de suicidio se entiende la acción cuyo objetivo es terminar de manera deliberada con la propia vida, que puede tener éxito o no, y la muerte por suicidio es aquella acción realizada por el propio individuo y cuyo resultado concluye en la muerte de éste.

El suicidio es, por tanto, un problema complejo en el que intervienen diversos factores, entre ellos biológicos, psicológicos, ambientales o culturales. Las demoleadoras cifras de fallecimientos por suicidio aumentan cada año, haciendo que cada vez la repercusión de este problema sea mayor y se tenga cada vez más preocupación e iniciativa por solucionarlo.

En 2012, se registraron en todo el mundo más de 804.000 fallecimientos por suicidio, lo que representó una tasa anual a nivel mundial de 11.4 fallecidos por suicidio por cada 100.000 habitantes. En adolescentes de entre 15 y 19 años, dicha

tasa fue de 2.38 por cada 100.000 habitantes.

El suicidio, de acuerdo con la OMS en 2008, se ubicaba entre las diez principales causas de carga de enfermedad. Además, se encuentra en el vigésimo lugar en términos de las principales causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y se proyecta que ocupará el decimocuarto lugar para el año 2030.

En los últimos años, la tasa de suicidios ha experimentado un aumento del 60% a nivel global. En 1998, el suicidio representaba el 1.8% de la carga global de enfermedades, mientras que en 2020 aumentó al 2.4%.

Aunque las personas mayores de 70 años tienen la tasa de suicidios más alta, los jóvenes también se ven gravemente afectados por este problema. Es la causa principal de muerte en la juventud y la segunda en la niñez y adolescencia, en comparación con el décimo lugar que ocupa entre todos los grupos de edad.

En cuanto a la prevalencia según el género, en 2001 la tasa de suicidios era mayor en hombres que en mujeres, con una proporción de 3.5 a 1. Sin embargo, en 2019, la tasa de suicidios en hombres fue 2.3 veces mayor que en mujeres. Es interesante notar que, aunque las mujeres tienen más intentos de suicidio, la mortalidad es más alta en hombres debido al uso de métodos más violentos y letales.

La mayoría de las muertes por suicidio a nivel mundial (77%) se producen en países de ingresos medianos y bajos, donde reside la mayor parte de la población mundial. Además, el 88% de los adolescentes que fallecieron por suicidio pertenecían a estos países.

Por ello, es una labor de suma importancia saber identificar los factores de riesgo que pueden ayudar a aumentar o disminuir el nivel de riesgo suicida. Según los estudios, existen factores de riesgo, factores precipitantes y señales de alerta que pueden influir en el nivel de suicidalidad de una persona.

Los factores de riesgo se pueden clasificar de muchas maneras; una manera es dividirlos en individuales, sociofamiliares y contextuales, y otra es clasificarlos en fijos y modificables.

Los factores precipitantes son eventos o situaciones que pueden causar malestar, ansiedad o estrés severo en una persona y potencialmente llevarla a cometer suicidio. Estos factores varían entre individuos y pueden incluir dificultades en las relaciones, la pérdida de un ser querido (especialmente en madres que pierden a un hijo) y el diagnóstico de una enfermedad crónica o incapacitante. Controlar

estos factores es importante, ya que pueden convertirse en riesgos para algunas personas.

Los factores de protección son elementos que reducen la probabilidad de que alguien cometa suicidio, actuando para disminuir la aparición de pensamientos y comportamientos suicidas. Cuantos más factores protectores tenga una persona, menor será su riesgo de suicidio, aunque no garantiza que no lo intente. Estos factores pueden ser individuales, como creencias religiosas, habilidades de comunicación y nivel de educación, o familiares y sociales, como el apoyo familiar y social de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El suicidio es un problema complejo y personal que no tiene una única causa o factor desencadenante. Se desarrolla a lo largo de un proceso que involucra pensamientos, sentimientos, relaciones familiares y sociales, y toma de decisiones.

La estigmatización del suicidio es un gran obstáculo para prevenirlo, ya que todavía es un tema tabú en la sociedad. Es crucial normalizar las conversaciones sobre el suicidio y buscar ayuda profesional en salud mental, porque estos profesionales pueden proporcionar un espacio seguro para discutir pensamientos y sentimientos relacionados con el suicidio.

Abordar este problema requiere una estrategia multifactorial que involucre a varios sectores de la sociedad, incluyendo medios de comunicación, servicios sociales, educación, trabajo y justicia. Es esencial educar a la comunidad en salud mental y psicología para reconocer los signos de alerta y actuar ante ellos. En resumen, eliminar el estigma y desarrollar programas de prevención son esenciales para abordar eficazmente el problema de la conducta suicida.

6 Bibliografía

1. Daray F, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Rev Fac Cienc Médicas*. 2016;73(3):205-11.
2. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Ment*. 2006;29(5):9.
3. Rangel Villafañá JN, Jurado Cárdenas S. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión: Definition of

suicide and of the thoughts and behaviors related to it: A review. *Rev Psicol Salud.* enero de 2022;32(1):39-48.

4. Naguy A, Elbadry H, Salem H. Suicide: A Précis! *J Fam Med Prim Care.* 25 de agosto de 2020;9(8):4009-15.

Capítulo 76

ROL DE LA ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

1 Introducción

El tipo de tumor más frecuente en la mujer de los países desarrollados es el cáncer de mama. Lamentablemente, hasta en una tercera parte de las ocasiones, los pacientes acuden al sistema sanitario cuando la enfermedad ya está en una fase avanzada.

Aunque en los últimos tiempos se ha avanzado mucho en cuanto a las opciones terapéuticas, aumentando con ello el control de los propios pacientes sobre su enfermedad y mejorando así notablemente el pronóstico de estos tumores, sigue siendo necesaria la revisión de la coordinación de los profesionales encargados de cada proceso y de los cuidados e intervenciones individualizadas que requieren los mismos para preservar su calidad de vida.

Es necesario que se evalúen las necesidades psicológicas, físicas, económicas y espirituales de cada paciente, así como garantizar la continuidad de los cuidados mediante un equipo multidisciplinar en el que la enfermera cumple un rol fundamental en el manejo de estos individuos acortando las esperas entre los distintos procesos asistenciales, detectando casos de elevada vulnerabilidad o llevando a cabo la educación para la salud de cada paciente, empoderándolo así sobre su propia enfermedad y disminuyendo la ansiedad, incertidumbre y errores que se suceden en etapas clave del proceso como pueden ser el momento del diagnóstico, el inicio y finalización del tratamiento o, en los peores casos, recaídas y final de la vida.

Es por eso que se propone la implementación de la figura de la enfermera clínica en cáncer de mama avanzado (ECCMA) para unificar todas estas necesidades asegurando que sean cubiertas y definiendo el rol a desempeñar por parte de la enfermera.

2 Objetivos

- Dar a conocer las necesidades del paciente con cáncer de mama.
- Describir las funciones de la enfermera oncológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 ECCMA se encarga de supervisar, coordinar y evaluar los cuidados y recursos que va a recibir el paciente, unificando así el conjunto de estrategias terapéuticas que serán requeridas para una atención integral.

El 65% de los individuos con cáncer de mama avanzado verbalizan que su mayor temor ante el diagnóstico es el proceso postoperatorio y la recaída, por lo que sería fundamental que la ECCMA, como especialista y orientadora, ofreciera

servicios de apoyo e información tanto en la educación inicial como tras el tratamiento de la enfermedad.

Asimismo, estos pacientes reciben una serie de tratamientos muy complejos cuya frecuencia, cantidad o naturaleza va fluctuando a medida que lo va haciendo la enfermedad. Por ello, la ECCMA debe realizar un seguimiento exhaustivo del tratamiento, garantizando la atención continuada y brindando el acceso a la información del paciente, administrándolo y haciendo frente así a los posibles efectos adversos del mismo. Así, centralizando estos cuidados, se evita la variabilidad al llevar a cabo las prácticas e intervenciones oncológicas.

Se considera al cáncer de mama una enfermedad crónica, por lo que la enfermera deberá también adoptar el rol de coach. El “coaching” pone como epicentro los objetivos, deseos y experiencias del paciente. Las herramientas utilizadas en este rol ayudan a aumentar la adherencia terapéutica y el conocimiento de efectos adversos mediante la promoción de la participación activa de los individuos. Además, debe garantizar la continuidad asistencial en Atención Primaria, ya que los resultados obtenidos sugieren que al ser una unidad no oncológica, existe una falta de formación sobre el manejo de este tipo de paciente, creando un puente entre ambas atenciones y estableciendo a la enfermera oncológica como gestora de casos con el objetivo de que pueda unificar varias citas en un solo encuentro hospitalario u otras cuestiones logísticas.

Con esto, se resuelven cuatro competencias imprescindibles en la figura de la ECCMA, siendo estas la comunicación óptima, un aprendizaje autodirigido, adecuado afrontamiento y una técnica en salud continuada.

5 Discusión-Conclusión

La figura de la ECCMA es de vital importancia para unificar, centralizar y optimizar los cuidados y los recursos puestos a disposición del paciente. Se encuentran citados en la bibliografía de este artículo documentos en los que se consensúa y proporciona las directrices necesarias para poder implementar este papel en los hospitales.

El consenso ESMO-ESO, que trata acerca del cáncer de mama avanzado, ya trataba la inclusión de una enfermera que estuviese especializada en oncología en el equipo encargado del manejo de la enfermedad, haciendo así notoria la necesidad de esta figura.

En otros muchos países se ha tratado la figura que en este capítulo se nombra como ECCMA, renombrándola con base en las funciones que se le adjudican

en cada lugar: coordinadoras, orientadoras, asesoras o enfermeras clave, son algunos de estos ejemplos.

Pese a los precedentes establecidos en otros países y a los consensos que se empiezan a adoptar, la base para la implementación de esta figura todavía no está lo suficientemente reforzada por un marco de creencias ontológicas o teóricas que haga trascender entre las generaciones de enfermeras y en los equipos multidisciplinares la importancia de delimitar este papel.

6 Bibliografía

1. Vila C, Reñones C, Ferro T, Peñuelas MÁ, Del Mar Jiménez M, Rodríguez-Lescure Á, Muñoz M, Colomer R. Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: review and recommendations. *Clin Transl Oncol*. 2017 Feb;19(2):251-260.
2. Oncology nurse practitioner competencies. Oncology Nursing Society. 2007. <https://www.ons.org/sites/default/files/npcompentencies.pdf>. Acceso el 6 Sept 2023.
3. Solera-Gómez S, Benedito-Monleón A, LLinares-Insa LI, Sancho-Cantus D, Navarro-Illana E. Educational Needs in Oncology Nursing: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2022 Dec 9;10(12):2494.
4. Mitchell GJ, Cross N, Wilson M, Biernacki S, Wong W, Adib B, Rush D. Complexity and health coaching: synergies in nursing. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:238620. doi: 10.1155/2013/238620. Epub 2013 Sep 11.
5. Stephens PA, Osowski M, Fidale MS, Spagnoli C. Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Apr;12(2):253-8.

Capítulo 77

IMPACTO DEL CUIDADO DE LOS NIETOS EN LA SALUD DE SUS ABUELOS

FLORENTINA DIANA LAMBRU

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

En la sociedad actual cada vez es más frecuente que los abuelos se encarguen del cuidado y educación de sus nietos, por distintas razones. La creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, junto a la incompatibilidad de los horarios laboral y escolar, ha provocado que sean los abuelos los que asuman el papel parental.

Derivado de estas labores han surgido las calificaciones de “abuela cuidadora” y “abuelo esclavo”. Este nuevo rol tiene tanto puntos positivos como negativos.

En este trabajo nos centraremos en los negativos, ya que pensamos que no se le da la suficiente importancia. Además, la familia no es consciente de los problemas que puede acarrear esta situación. Incluso consideramos que es un problema poco abordado por los sanitarios.

A raíz de esta situación surge el llamado “síndrome de abuela esclava”, este síndrome explica las consecuencias negativas que provoca esta situación en los abuelos. Estar tanto tiempo con los nietos provoca que estos olviden sus propios cuidados, empeorando así su situación de salud, sobre todo cuando el tiempo de cuidado sobrepasa las 6 horas, según datos de la SEGG. Este tiempo junto a los nietos hace que surja un vínculo más allá de abuela-nieto y se vuelve un vínculo más parental que desencadena con discrepancias en temas mayores como la educación y crianza.

Dentro de este síndrome se engloban diferentes síntomas emocionales (depresión, estrés.) así como fatiga, HTA, etc.

Este síndrome se vuelve más perjudicial cuando los abuelos piensan que estos cuidados es un deber que les pertenece a ellos, ya que sus hijos no tienen tiempo para ello. Por esto, es muy importante el papel de los padres de los niños para saber los límites que deben establecer. Además, deben de tener en cuenta y coordinarse con los abuelos para que los cuidados y la educación sea lo más parecida posible para mejor aprendizaje de los niños y su mayor adecuación. De esta manera surgirán menos conflictos con las formas de actuar de los abuelos (no mimar demasiado a los niños, seguir las mismas normas que en casa,...).

Esto fue un gran problema en la época COVID, ya que los padres dejaban a sus hijos con los abuelos, sin darse cuenta de que como muchas fuentes informaban, eran un importante medio de transmisión del virus, puesto que no manifestaban síntomas.

2 Objetivos

- Dar a conocer cómo influye el rol del cuidador en la salud de los abuelos que pasan muchas horas a cargo de sus nietos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes páginas como: Scielo, PubMed, Daile, Google académico. Para llevarla a cabo se han utilizado las siguientes palabras: abuelas esclavas, impacto salud abuelo cuidador, rol, etc.

Principalmente, encontramos un total de 25 artículos (esto nos llevó 2 tardes), de todos ellos seleccionamos 15 (los que guardaban mayor relación)

De todos ellos hemos ido haciendo una lectura comprensiva en la que se han seleccionado las ideas principales y más relevantes, y los diferentes resultados

que hemos expuesto a lo largo de este trabajo.

El tiempo empleado en la elaboración de este trabajo ha sido de tres semanas, en la primera se han buscado los artículos, en las siguientes dos se han ido sacando los diferentes resultados que daban respuesta a nuestros objetivos y elaborando la discusión y la conclusión.

Los criterios de selección han sido: que se trata de artículos con buena calidad científica, que el tiempo de publicación sea inferior a 10 años, que aborde el tema expuesto en los objetivos de manera adecuada.

4 Resultados

Las abuelas han tenido siempre un importante papel en lo que refiere al cuidado de los nietos, pero en las últimas décadas este papel ha cambiado asumiendo el cuidado, crianza y educación como papel delegado en la abuela.(1) En el contexto de crisis económica y social las abuelas se han convertido en el elemento fundamental para el bienestar de la familia y la conciliación de la vida laboral y familiar, si es cierto que adquieren vivencias positivas, pero actualmente les supone una dedicación diaria provocando en ellos problemas físicos y mentales. El cuidado de los nietos, sobre todo de 0 a 3 años, es el que se realiza más frecuentemente por falta de recursos destinados a la población, de estos intervalos de edad, en horarios acorde con el trabajo de los padres. Y como hemos dicho, este cuidado queda relegado sobre todo a las abuelas(2), ya que, aunque se ha producido un gran desarrollo en nuestra sociedad, el papel de cuidado sigue estando relegado a la mujer debido a los roles de género de la estructura social patriarcal.(3)

Como veníamos diciendo, existe la idea de que el cuidado de los nietos aporta satisfacción, pero últimamente han aparecido diversas teorías que contradicen esto. Hay cierta evidencia de que algunas de las características de las abuelas o de los nietos, o la intensidad y el tipo de cuidado realizado, tiene consecuencias negativas.

Antonio Guijarro describe lo que él llama “síndrome de la abuela esclava” que lo define: “es actualmente un cuadro clínico relativamente frecuente, grave y a veces mortal, que afecta a mujeres adultas con responsabilidades directas de amas de casa, como consecuencia de la interacción negativa de factores personales (intrínsecos: psicológicos y educativos) y ambientales (extrínsecos: estrés familiar excesivo, con insuficiente apoyo familiar y social)”.(4) Existen evidencias de que este síndrome puede provocar descompensaciones orgánicas, como la hipertensión, la insuficiencia coronaria o la diabetes. (3)

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), dependiente de la secre-

taría general de Política Social y Consumo, ofrece los siguientes datos respecto a las personas mayores de 65 años en relación con el cuidado de sus nietos (5,6). El 37% de los abuelos y abuelas en España tiene contacto diario con los nietos, un 17% varias veces a la semana, el 7% una vez a la semana, y un 7% no tiene ningún contacto. La mitad de los abuelos/as cuidan a sus nietos casi todos los días y el 45% casi todas las semanas. (6)

Los abuelos/as comienzan a atender a los nietos con más frecuencia que las abuelas, pero las abuelas los cuidan más tiempo: 6,2 horas al día las mujeres y 5,3 horas/día los hombres. (6)

En la investigación Doble dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España, finalista de los Premios Caja Madrid de Investigación Social 2009, hemos encontrado información muy detallada acerca del estado de salud de los abuelos encargados del cuidado de sus nietos, y cómo influye su estado de salud en el cuidado de estos. (7)

Las variables que aumentan la probabilidad de ser abuelo/a cuidador se detallan a continuación.

- Si los abuelos viven solos, es menos probable que se encarguen del cuidado de sus nietos, que los integren en una unidad familiar o que vivan con alguien más.
- Si los mayores ayudan a otra persona, sea o no de la familia, la probabilidad de cuidar de sus nietos aumenta.
- Cuando en el hogar del mayor al menos uno manifiesta dificultad para ducharse solo, es menos probable que se cuide a los nietos.
- En los hogares en el que algún miembro se sienta deprimido es más probable que se cuide a los nietos.
- La dificultad económica para terminar el mes NO influye en la probabilidad de que los mayores cuiden a sus nietos.
- La edad de los nietos influye de manera considerable en la probabilidad de que los abuelos se hagan cargo de su cuidado. Cuando se tienen nietos de entre 0-3 años, la probabilidad es elevada. Cuando las edades están en el tramo de 10 y más, la probabilidad disminuye de forma significativa.
- La distancia media a la que viven los nietos no es significativa.
- Cuanto mayor es la autonomía laboral de los hijos, menor es la probabilidad de que los abuelos cuiden de sus nietos.(7)

Numerosos estudios han observado y demostrado las diferencias que existen en cuanto a percepción y estado de ánimo en aquellos abuelos/as que se encargan del cuidado de sus nietos y los que no realizan estos cuidados. Las abuelas encargadas de estos cuidados informaban que obtenían menos apoyo y recompensa, más tensión, síntomas depresivos y preocupaciones sobre el funcionamiento familiar.

A su vez, los abuelos también encargados de esta función nos informaban de más tensión de rol, afecto negativo y alteración de la vida que los que no realizaban este cuidado.

En definitiva, después de numerosas muestras nacionales, se observó que el cuidado extensivo de los nietos y la convivencia con ellos se asocia a síntomas depresivos, sobre todo en abuelas jubiladas. (9)

Estadísticas evidencian que el 70% de las abuelas mayores de 65 años han cuidado a sus nietos o los cuidan en la actualidad. De las que se encuentran actualmente ejerciendo ese cuidado, casi la mitad lo hace de forma diaria como si fuese un trabajo fijo. Los abuelos/as tienen la posibilidad de negarse a este cuidado, ya que disminuye su tiempo libre, su actividad de ocio o diversas aficiones. Si no es así, el profesional de enfermería debe realizar un abordaje íntegro y ofrecerle herramientas para disminuir los efectos negativos que se puedan producir por aceptar y llevar a cabo esa responsabilidad. (10)

Me gustaría diferenciar las diversas tareas y de esta manera las diferentes formas de “abuelos cuidadores” que existen. Por una parte, se situaría aquellos abuelos y abuelas que ejercen este cuidado de forma auxiliar y se denominan cuidadores auxiliares, estos son los que ocupan poco de su tiempo en el cuidado de los nietos. En el otro extremo encontramos a esos abuelos que ejercen el cuidado de sus nietos de forma continua y se podría decir que realizan un papel paternal sustitutorio, pasando la mayor parte de su tiempo en estos cuidados. Y este es el papel al que llevamos refiriéndonos todo el trabajo al suponer un mayor esfuerzo y dedicar mayor cantidad de tiempo. Incluso en algunos estudios no solo aparecen evidencias de mayor estrés y menor cantidad de tiempo para ellos, sino que, también, se habla de una peor evaluación de la relación abuelo-nieto y menos niveles de bienestar subjetivo e insatisfacción en aspectos de salud. (11,12)

El estudio Caregiving to children and grandchildren and risk of coronary heart disease in women en el que se estudió una muestra de 54412 mujeres durante 4 años arroja unos resultados en los que se muestra que a mayor cantidad de tiempo dedicado al cuidado de sus nietos mayor es el riesgo de enfermedad coronaria (13) otro estudio de cohortes Caregiving as a risk factor of mortality: the caregiver health effects study de cuatro años de duración muestra que si los cuidadores poseen niveles elevados de estrés, tienen mayor probabilidad de morir (14)

Encontramos un estudio realizado con 130 abuelos de Cataluña, 59 hombres y 71 mujeres. Entre todos tienen una edad media de 67,10 años, el más joven tenía 50 años y el mayor 91. En este estudio se buscan numerosos objetivos, por una parte, observar el tipo de tareas que los abuelos cuidadores llevan a cabo y por otra, los beneficios y desventajas que perciben de realizar dichas tareas. Este estu-

dio se realiza a través de unas variables, exactamente tres, que nos van a ayudar a llegar al objetivo. Por una parte, el tipo de cuidado, y por otra la satisfacción o dificultades al desarrollarlo. El resultado de las últimas dos variables podemos observar que, en cuanto a los beneficios (constituidos por 11 ítems) tuvieron una puntuación superior a 3 (puntuación máxima de 4) destacando, por una parte, el disfrute de su rol y la oportunidad de sentirse más cercanos a sus nietos. Por otro lado, respecto a las desventajas de este rol (constituido por 14 ítems) ninguno alcanzó puntuación de 2 (sobre 4). Pero entre los más mencionados fueron cansarse mucho con las tareas relacionadas con el cuidado de su nieto, sentirse atado y no tener tiempo para uno mismo. Cabe mencionar que la edad es una variable importante, ya que en el estudio se observa como los abuelos más jóvenes muestran más beneficios y menos desventajas. Además, los resultados de este estudio son obtenidos de una muestra de abuelos que se dedican al cuidado de sus nietos de manera auxiliar. Los participantes están captados en centros de ocio y universidades de mayores, y si realmente se dedican la mayoría del tiempo al cuidado de sus nietos, no dispondrán de tiempo para asistir a estos lugares. (11)

Por ello es importante implicar a los abuelos en el cuidado de sus nietos porque ofrece un sentimiento de satisfacción hacia ellos y aumenta la calidad de la relación, ya que los nietos los perciben como cuidadores y maestros. (15)

En el caso de adultos mayores cuidadores de sus nietos, el profesional de enfermería debe asumir su liderazgo con énfasis en el cuidado del adulto mayor para proponer programas de prevención y promoción de la salud, indicando a importancia del autocuidado, el descanso y autonomía y relación a la decisión de cuidar y la importancia de compartir tiempo con pares y grupos de apoyo (10)

5 Discusión-Conclusión

En relación con los estudios encontrados del objetivo propuesto, lo que se consideraba habitual y cotidiano en la sociedad actual, como es el cuidado frecuente de los nietos por parte de los abuelos cuando sus padres no podían encargarse de esta tarea por motivos laborales u otros (vacaciones, quedar con amigos, descansar, ...). Que incluso los propios abuelos no se dan cuenta de los efectos negativos que acarrear en ellos. A lo largo del trabajo hemos querido indagar en ello y hemos comprobado que estos efectos son incluso más perjudiciales de lo que esperábamos.

En la búsqueda de los resultados para dar respuesta al objetivo hemos encontrado discrepancias en algunos estudios. Mayoritariamente, encontramos estudios con evidencia de que el cuidado excesivo por parte de los abuelos a los nietos perju-

dica de forma negativa en su estado de salud, por otro lado, hemos encontrado otros estudios a favor de este cuidado, en concreto dos. Uno de ellos donde se observa que una de las variables importante es el tiempo dedicado a esta labor (a cuanto mayor tiempo, mayor efecto negativo en la salud). De forma que, como en el estudio se recogen resultados de una muestra de abuelos que prestan cuidados auxiliares, su tiempo es menor y, por lo tanto, el efecto negativo en su salud también. Respecto al segundo estudio del que los resultados varían de los anteriores, hemos observado que es debido a un tamaño muestral pequeño y que se incluyen variables no tratadas en los estudios anteriores, como por ejemplo el apoyo social resultado del cuidado de nietos.

En el desarrollo del trabajo hemos tenido algunas limitaciones en la búsqueda de artículos donde se trate el tema como principal y tengan una buena validez para poder utilizarlos. Además, hemos observado que en gran cantidad de ellos existen discrepancias a favor y en contra, lo que se debe a distintas variables (edad, tipo de cuidado, edad del niño, tiempo de cuidado, nº de nietos, etc.) que provoca que en los estudios den resultados diferentes.

Este trabajo podría aportar a los profesionales sanitarios el poder darse cuenta de que esto es un problema real y que deberían de buscar formas de abordarlo. Formas de abordar el problema:

- Preguntar a los ancianos (que sean abuelos) sobre el cuidado de sus nietos.
- Si la respuesta es afirmativa, preguntar cuánto tiempo, qué tipo de cuidado realizan.
- Por otra parte, preguntar cómo se sienten respecto a ello, si les produce algún beneficio o si, al contrario, observan algún inconveniente.
- Informar que a ese cuidado no están obligados y que pueden decir que no en todo momento, deben darle importancia a su salud.
- Y si realmente quieren realizar estos cuidados, deberíamos educar a los ancianos sobre los límites saludables de ellos, las posibles consecuencias que pueden producir. Pero también al contrario, animarlo a que lo hagan porque tener un nieto es algo especial, pero siempre con limitaciones.
- Si en alguna situación o consulta se escucha algún comentario tipo “he dejado a mis hijos con mi madre” hacer saber sobre el problema de que si este comportamiento se vuelve excesivo puede causar efectos negativos en la salud de su familiar.

Finalmente, tras el análisis de numerosos estudios se puede concluir que el rol del cuidador aporta numerosos sentimientos de satisfacción, pero, si este se realiza de forma continua, provoca que los abuelos no dispongan de tiempo para sí mismos (actividades de ocio, relacionarse con otras personas...) y a consecuencia de esto

se ve repercutida su salud mental (depresión, estrés) y física.

6 Bibliografía

1. Jacqueline B. RP, Alicia HS, Miguel A. FO. Conflictos intergeneracionales en familias con abuelas cuidadoras. *Archivos en Medicina Familiar*. 2017; 19(2), 43-50.
2. Agila Tene, C., & Balseca Basantes, J. (2020). Estudio del fenómeno de las abuelas y abuelos cuidadores. *Revista De Investigación Enlace Universitario*, 19(2), 108 - 118.
3. Meste M, Joana M, Guillen P, Juana CB, Fernanda. Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: Recurso de conciliación de la vida social y familiar. *Redalyc*. 2012; 12(extra): 231-238.
4. Guijarro A. El síndrome de la abuela esclava: pandemia del siglo XXI. Granada: Grupo editorial Universitario, 2001.
5. Sacramento PH, Jezabel L. Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo. *Reinad*. 2011; (1): 14-34.
6. Buz Delgado, José; (2006). "Las relaciones intergeneracionales". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 66. Lecciones de Gerontología, X [Fecha de publicación: 16/10/2006].
7. Nuria BP, M^a Teresa LL. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbituan*. 2011.
8. Colubi Llopis, M^a José; Sancho Cantus, David. Síndrome del anciano esclavo. Biblioteca. Lascasas, 2016; 12.(1)
9. Carol MM, Hanid LG, Camille BW, Jaclene AZ, Theresa S, May W. Grandmothers and Caregiving to Grandchildren: Continuity, Change, and Outcomes Over 24 Months. *The Gerontologist*. 2010; 51(1): 86-100.
10. Liliana GL, Henry RA. Indicaciones de autocuidado para el adulto mayor cuidador de niños: una mirada desde enfermería. *Med.UNAB*. 2018; 20(3): 362-367.
11. Carme T, Feliciano V, Carme S, Monserrat C, Sacramento P, Lluís C, Julián MR. Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *INFAD Revista de Psicología*. 2008; 4(1): 455-464
12. Minkler M, Fuller TE. The health of grandparents raising grandchildren: results of a national study. *AM J. Public Health*. 1999; 89(9):1384-9.
13. Lee S, Colditz G, Berkman L, Kawachi I. Caregiving to children and grandchildren an risk of coronary heart disease in women. *American Journal of Public*

health. Nov. 2003. 11(93). 1939-1944.

14. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA. 1999; 282(23):2215-9.

15. Pinazo, S., & Montoro, J. (2004). La relación entre abuelos y nietos. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional. Revista Internacional De Sociología. 2004; 62(38), 147-168.

Capítulo 78

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL DE GESTANTES

ALBA SÁNCHEZ EXPÓSITO

1 Introducción

La depresión es una enfermedad mental en la que se encuentra comprometida la psicología del paciente y su calidad de vida, ya que, las personas con depresión dedican la mayor parte de su tiempo pensando en si les pasa algo a sus familiares más cercanos, cualquier problema no lo saben afrontar de la misma manera que una persona que no esté afectada y se derrumban (1).

Por suerte, existen psicólogos y psiquiatras especializados, que con distintas técnicas y terapias ayudan en el día a día de estos pacientes y mejoran su calidad de vida (1).

En la actualidad, según las OMS la depresión compromete a un número elevado de 300 millones de personas, una cifra muy considerable (2).

La depresión puede surgir por diversos motivos como por ejemplo por la llegada de un bebé, hay personas muy ilusionadas durante todo el embarazo y cuando tienen a su bebe sienten que no saben cuidarlo y no saben afrontar la llegada de un nuevo miembro de la familia y sus cuidados diarios (2).

La depresión es más común en el sexo femenino, aumentando esta enfermedad el doble, siendo el porcentaje de padecerlo en mujeres de un 20-25%, mientras que en el sexo masculino es del 7-12% (3).

La explicación que se encuentra a esta elevada cifra en el sexo femenino es que éstas pasan por diferentes etapas a lo largo de su vida que los hombres no atraviesan, como son la menstruación, gestación, depresión postparto y la menopausia (3).

En cuanto a la gestante, la depresión puede incidir en cualquier trimestre, pero se acentúa en el tercero cuando se acerca el momento del parto (3).

La depresión se caracteriza por abarcar síntomas que dificultan la calidad de vida como son el desánimo, tristeza, negativismo, pérdida del entusiasmo y la alegría, pérdida de la ilusión, interés, disminución de la concentración de la persona afectada por estar pensando siempre en problemas que existan o no por lo que disminuyen su energía (3).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar los factores de riesgo que conducen a la mujer gestante a sufrir un trastorno depresivo.

Objetivos secundarios:

- Describir los síntomas de las mujeres gestantes con depresión.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos en bases de datos científicas como Scielo y Medline. Los filtros que se han aplicado en todas las búsquedas han sido que los artículos tuvieran una antigüedad máxima de 5 años y que fueran de texto completo. A la vez, se han excluido artículos de pago, artículos con más de 5 años de antigüedad y que no fueran de texto completo.

El idioma de los artículos que se han seleccionado ha sido el español e inglés. Las búsquedas se han realizado mediante descriptores de ciencias de la salud en inglés unidos dos descriptores mediante un operador booleano que es el "AND", por lo que las búsquedas han sido más exhaustivas y los artículos seleccionados de mayor calidad.

4 Resultados

Existen factores de riesgo con los que se puede evitar la depresión en gestantes. Los factores de riesgo están muy relacionados con sus respectivas parejas que son llevarse mal, discusiones constantes, tener un embarazo no deseado y encontrarse desamparadas (4).

A veces, la mujer gestante no tiene madre que sería un apoyo fundamental en ese proceso, el fallecimiento de algún familiar cercano también puede provocar depresión más fácilmente que en una mujer no gestante, el factor económico también juega un papel importante, ya que, la falta de éste podría conducir al pensamiento de no poder satisfacer a su hijo en todas sus necesidades básicas (4).

La depresión puede derivar a actos más invasivos como son pensar en el suicidio, prepararse para ello, verbalizar los intentos, la forma en la que se quieren llevar a cabo, verbalizar la gestante afectada que no tiene ganas de vivir y que no encuentra ninguna salida (5).

En un artículo científico se revisa que las mujeres gestantes tienen más probabilidad de pensar en un suicidio que el resto de la población (5).

El trastorno depresivo conduce a tener alteraciones del sueño, debido a la inestabilidad mental que presenta la gestante afectada, en pensar constantemente pensamientos negativos y disminuir así la calidad de vida (5).

Los pacientes con cuadros depresivos no completan las fases REM y NO REM del sueño en su totalidad, por lo que se encuentran cansados la mayor parte del día, sin ilusión de nada y todo ello disminuye la calidad de vida de estos pacientes.

El personal de enfermería es importante en el apoyo emocional de estas pacientes, en este caso de mujeres gestantes, la comunicación con ellas, hacerles ver que existen ilusiones y hay que aferrarse a alguna de ellas para seguir adelante. Es importante comunicarse con la pareja que durante el embarazo son supuestamente los más cercanos a ellas.

A veces, los pacientes con depresión tienen cambios de humor inconscientemente, no se saben controlar, son agresivos verbalmente, en esos momentos son los que la familia y la pareja deben estar más cerca.

Los síntomas depresivos se encuentran más agravados después del parto, donde han atravesado un cúmulo de emociones de felicidad por dar una nueva vida.

Por tanto, unos días después del nacimiento comienza una rutina diaria que antes la madre no tenía. Los síntomas que aparecen son variados como “estado de ánimo disfórico, trastorno psicomotor, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte, con ideación suicida, sentimientos de insuficiencia y rechazo del bebe” (6).

En un estudio también se revisaron diversos síntomas depresivos en mujeres durante la gestación. Las mujeres que tenían depresión presentaban un nivel económico bajo, ya tenían más hijos o eran mayores y tenían que empezar otra vez de nuevo, tenían que sacar la casa adelante ellas porque todo lo costeaban ellas y algunas de ellas consumían alcohol (6).

5 Discusión-Conclusión

La depresión es una enfermedad mental que afecta a la psicología del paciente. La persona afectada no encuentra la felicidad, se encuentra derrumbada constantemente y cansada la mayor parte del día por la falta de sueño y descanso.

El capítulo se ha centrado en la depresión en mujeres gestantes. En ellas se acentúa la depresión en los últimos momentos del embarazo y cuando nace el bebé, el cual, necesita unos cuidados diarios que antes de dar a luz no tenía.

El apoyo emocional de la pareja es muy importante, llevarse bien, ser una pareja estable, tener buen nivel económico, ser un embarazo deseado, entre otras.

6 Bibliografía

1. Parada Muñoz K, Guapisaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Revista Científica UISRAEL [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023];9(2):77–93. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000200077&lang=es
2. Grippaldi E. «¿Por qué a mí?» narrativas del origen de la depresión en usuarios de servicios de salud mental. Cuad Fac Humanid Cienc Soc, Univ Nac Jujuy [Internet]. 2021 [citado el 24 de agosto de 2023];(60):239–67. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042021000200009&lang=es
3. Kołomańska D, Zarawski M, Mazur-Bialy A. Physical Activity and Depressive Disorders in Pregnant Women-A Systematic Review. Medicina (Kaunas).

2019 May 26;55(5):212. doi: 10.3390/medicina55050212. PMID: 31130705; PMCID: PMC6572339. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6572339/>

4. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of perinatal depression using the Edinburgh postpartum depression scale. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023];44(05):452–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/zJvM7YKPSB4hPJ9FyKyQk9c/?lang=en>

5. Legazpi PCC, Rodríguez-Muñoz MF, Olivares-Crespo ME, Izquierdo-Méndez N. Review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences. *Psicologia* [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023];35(1):13. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/prc/a/bPjdrFCPBjYLL5ffQkKbLpP/?lang=en>

6. Silva BP da, Matijasevich A, Malta MB, Neves PAR, Mazzaia MC, Gabrielloni MC, et al. Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA-Brasil: ocorrência e fatores associados. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto de 2023];56:83. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WYHp7FrrKVHPNbrYCYp3Bf/?lang=en>

Capítulo 79

HÁBITOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN POBLACIÓN ADULTA

FRANCISCO MAROTO ESTRADA

JAVIER MARTÍN MACÍAS

JULIA LERIDA CAMUÑAS

LAURA CAMACHO CUESTA

NATALIA MARTÍN MACÍAS

1 Introducción

El descanso, la alimentación, el trabajo, la actividad física son factores, entre otros, que definen nuestro estilo de vida, los cuales reciben el nombre de hábitos de vida y determinarán nuestro nivel de bienestar físico mental y social.

En otro sentido, el estilo de vida se define como el conjunto de pautas, hábitos y actividades cotidianas, que, mantenidas en el tiempo, bajo unas condiciones más o menos constantes, se pueden calificar de seguras o de riesgo según su naturaleza. No obstante, aunque existan una serie de comportamientos que sean prácticamente inocuos para la salud y el bienestar, existe otro conjunto de comportamientos que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de las principales complicaciones de salud, como son, el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaquismo, una ingesta de alimentos indebida, una dieta desequilibrada y un estrés laboral excesivo, entre otros.

Por otro lado, entre los hábitos de vida saludables, se incluyen conocimientos, creencias, conductas de salud, patrones de conducta, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Aunque tener un estilo de vida saludable no garantiza tener una vida más longeva, es obvio que se verá reflejado en una mejora en la calidad de la persona.

¿Cuándo y cómo se adquieren estos hábitos de vida? Se adquieren con el paso de los años, con la influencia de las personas de nuestro entorno y con el autoaprendizaje.

Se comienza desde la infancia, etapa de vital importancia en la adquisición de todo tipo de hábitos de salud, y es donde la familia tiene una gran responsabilidad ya que los niños observan y copian los comportamientos conscientes e inconscientes de los adultos. Una vez pasada la infancia, estos hábitos pueden sufrir alteraciones en la etapa adolescente, debido a los diversos cambios emocionales y psicológicos que se sufren en esta etapa, que se verán reflejados en cambios de conductas habituales, alimentación y nuevas costumbres, consecuencia de ser una época importante para la autopercepción y el descubrimiento de nuevos círculos sociales.

La recopilación de esta adquisición de hábitos durante la etapa de la infancia y de la adolescencia se culmina en la etapa adulta. Para los adultos la alimentación ya no juega el mismo papel en el crecimiento corporal como en las etapas anteriores, sino que es el combustible para poder realizar las actividades e interacciones diarias. El conjunto de hábitos de vida como la nutrición, la actividad física, el descanso o la presencia o no de hábitos tóxicos, entre otros, son hábitos heredados de etapas anteriores, que serán determinantes para el desarrollo de una buena madurez y envejecimiento. Estos hábitos en esta época están más arraigados y son más difíciles de introducir buenas costumbres.

La edad adulta la podemos dividir en dos etapas: Adulto Joven, adulto de mediana edad. La etapa de adulto joven está comprendida entre los 20 y los 39 años. En esta etapa el adulto, experimenta el desarrollo de forma física y psicológica y de capacidades sociales y laborales. La adquisición los hábitos saludables que adquieran durante esta etapa influirán más adelante en su salud y en el desempeño de sus actividades diarias.

En el Adulto de mediana edad las personas tienen una edad comprendida entre 40-64 años. Esta etapa juega un papel fundamental en el acondicionamiento de la salud previo a la etapa de la vejez. Durante esta etapa ocurren cambios físicos y hormonales que provocarán sucesos como la caída del cabello, deterioro de la capacidad auditiva y visual y la aparición de arrugas entre otros.

En todas las etapas de la vida son recomendables unos buenos hábitos de vida

para el mantenimiento y el cuidado de una buena salud. Todas las acciones tendrán una repercusión en el momento o en un tiempo indefinido, por lo que desde la etapa de la infancia estaremos condicionando nuestra salud. Sin embargo, en la última etapa de la edad adulta, tendrá especial importancia el mantenimiento y el establecimiento de unos buenos hábitos de vida que prevengan o suavicen posibles complicaciones de salud durante la vejez.

Durante el envejecimiento hay dos procesos que pueden tener impacto en la salud física y psíquica de las mujeres y de los hombres, la menopausia y la andropausia.

La menopausia se conoce como el cese de la menstruación, es decir, de la ovulación de la mujer que se produce entre los 45 y 60 años y que se caracteriza por la incapacidad de producir estrógenos y progesterona lo que produce una atrofia de la vagina y el tracto urinario y un aumento de la grasa abdominal. En ocasiones la menopausia va acompañado de sofocos, cambios en su periodo, cambios de humor, etc., debido a los cambios hormonales. La Andropausia ocurre en los hombres en una edad comprendida entre los 40 y los 50 años, que se caracteriza por un descenso de la testosterona. En este caso no se produce una desaparición de un proceso fisiológico, si no una disminución en la producción de espermatozoides y unas erecciones menos frecuentes y de peor calidad. Este proceso está vinculado al bajo peso, desnutrición y disminución de la libido.(3)

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, en contadas ocasiones se resuelven por completo(4). Al hablar de enfermedades crónicas, no se debe de pasar por alto el mencionar la gran carga social que suponen desde el punto de vista económico, además del gran condicionamiento y modificación de los hábitos y actividades diarias a quienes lo padecen y la gran dependencia que le generan a las familias de los pacientes.

El origen o etiología de estas enfermedades es debido a múltiples causas, aunque muy asociada a los malos hábitos de vida, como baja actividad física, el hábito tabáquico, el consumo del alcohol y una mala dieta o una alimentación abusiva. Además, el desarrollo de este tipo de enfermedades es poco predecible, supone muchos factores de riesgo y, exceptuando alguna de ellas, no son de origen infeccioso.

La prevalencia de estas enfermedades, tanto a nivel nacional como internacional, tienen tendencia al alza, por lo que supone un problema grave de salud público en numerosos países, tanto que, las enfermedades crónicas son responsables del 60% de los fallecimientos y del 75% del gasto público sanitario mundial. Algunas

de las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión, la diabetes, las dislipemias, el sobrepeso, la obesidad, el cáncer y la EPOC.

2 Objetivos

Objetivo Principal

Determinar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y los patrones de comportamiento en los hábitos de vida, alimentación, ejercicio, descanso, y hábitos tóxicos en una población con edad comprendida entre los 40 y los 65 años.

Objetivos secundarios

- ☒ Conocer los hábitos de vida de la muestra en estudio.
- ☒ Conocer la presencia de enfermedades crónicas.
- ☒ Evaluar el grado de obesidad.
- ☒ Determinar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y la edad.
- ☒ Examinar la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y el sexo.

3 Metodología

Tipo de estudio y ámbito:

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en el ámbito de la provincia de Ciudad Real desde el 10 de diciembre de 2021 hasta el 10 de febrero de 2022.

Población de estudio:

La población con la que se llevó a cabo este trabajo estuvo compuesta por individuos con una edad comprendida entre los 40 y 64 años, residentes en la provincia durante el periodo que duró el estudio. Todos los usuarios cumplieron además el requisito de tomar parte de manera voluntaria, y fueron informados de que su participación estaba relacionada con su estado de salud, siendo estos los principales criterios de inclusión. Se excluyeron a los participantes menores 40 años y mayores de 65. Se realizó un muestreo no probabilístico en bola de nieve de los participantes.

Instrumento de medida:

Para contextualizar la investigación y realizar la encuesta, se llevó a cabo en primer lugar una revisión bibliográfica y búsqueda documental en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, así como las plataformas de Elsevier y la

plataforma académica de Google (“Google Scholar”). También se revisaron páginas de instituciones oficiales como; la del Ministerio de Sanidad y Consumo, el INE (instituto nacional de estadística, bases de datos del SESCOAM, la OMS).

Los términos utilizados para realizar la búsqueda fueron:

- En español: “Hábitos de vida”, “etapas de la vida”, “enfermedades crónicas AND población adulta” y “factores de riesgo AND enfermedades crónicas”, “factores de riesgo AND diabetes”, “factores de riesgo AND EPOC”, “factores de riesgo AND hipertensión”, “factores de riesgo AND enfermedades inmunomediadas” y “factores de riesgo AND obesidad”
- En inglés: “prevalence chronic illness”, “prevalence EPOC Spain”, “prevalence diabetes Spain”, “prevalence obesity”, “prevalence high blood pressure Spain” y “prevalence inflammatory illness”.

Tras la revisión bibliográfica, se diseñó una herramienta de registro o encuesta “ad hoc” formada por 20 ítems divididos en bloques para facilitar el posterior estudio de los datos (Anexo I):

Procedimiento de recogida de datos:

Se remitió la encuesta “online” a través de la herramienta (Google Drive), acompañada de una breve presentación que informaba acerca de los objetivos del estudio durante un mes.

Análisis estadístico:

A cada participante se le asignó un código que solo conocía el investigador principal, y los valores obtenidos en cada una de las variables fueron introducidos en una base de datos SPSS versión 23.0 para su explotación estadística. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar (DE) o mediana con su rango. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. La comparación entre variables cualitativas se ha hecho mediante el test de la ji al cuadrado o, en las tablas de 2x2, con el test exacto de Fisher cuando el número de efectivos calculados fue inferior a 5. Las variables cuantitativas se compararon mediante la t de Student o, alternativamente, mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney si se vulneraba el principio de normalidad, el cual se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki. Los datos de los participantes fueron tratados con la máxima confidencialidad, cumpliéndose la LOPD 12/2018, en relación con la protección de datos de las personas participantes en el estudio.

4 Resultados

Se obtuvo una muestra total de 61 participantes donde el 23% (14) fueron hombres y un 77% (47) mujeres.

La edad media de los participantes fue de $53,28 \pm 6,4$. Un 52,5% (32) refiere presencia de enfermedad crónica. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y la presencia de enfermedad crónica, $P = 0,5$.

Encontramos diferencias significativas entre la edad y la presencia de enfermedad crónica, $P = 0,03$.

La altura media de los participantes fue de $1,65 \text{ m} \pm 0,07$, el peso medio fue de $71,94 \pm 14,16$ y la media del índice de masa corporal (IMC) se situó en $26,22 \pm 4,35$.

Con el IMC categorizado encontramos que el 47,5% (29) presentaban un IMC normal, el 36,1% (22) presentaba sobrepeso, el 13,1% (8) obesidad de grado 1, y un 1,65 (1) obesidad de grado 2 y grado 3 respectivamente.

No se encontraron diferencias entre la clasificación de IMC de los participantes y la edad de estos, $p = 0,359$

Un 19,7% (12) refieren hábito tabáquico frente al 80,3% (49) que refieren no ser fumadores.

Los datos correspondientes a la relación entre el consumo de tabaco diario y la presencia de enfermedad crónica se pueden ver en el gráfico 6. No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de tabaco y la presencia de patologías crónicas en la presente muestra. $p = > 0,05$.

Un 14,8% (9) refiere consumir alcohol a diario frente al 85,2% (52) que no lo hace. No encontramos diferencias entre el consumo de alcohol diario y la presencia de patologías crónicas, $p = 0,7$.

Un 70,5% (43) de los encuestados realiza actividad física semanalmente frente al 29,5% (18) que no realizan actividad física semanal.

No se encontraron diferencias significativas entre la práctica de actividad física semanal y la presencia de patologías crónicas, $p = > 0,05$.

El tiempo medio de los que realizan actividad física semanalmente fue de $200,23 \pm 109,88$ minutos. Atendiendo a las recomendaciones sobre la práctica de actividad física semanal en las que se tiene en cuenta el tiempo y la intensidad, obtuvimos que el 29,5% (18) no hace nada de actividad física semanal, el 29,5% (18) realiza actividad física pero insuficiente y el 41% (25) la realiza de manera óptima.

No se encontraron diferencias significativas entre el grado de recomendación de actividad física y la presencia de enfermedades crónicas, $p = 0,8$.

En relación al sueño, un 41% (25) duerme seis horas o menos frente al 59% (36) que duerme entre siete y nueve horas. Ningún participante dormía más de 9 horas.

No se encontraron diferencias significativas entre el número de horas de sueño y la presencia de enfermedades crónicas, $p=0,45$

No se encontraron diferencias significativas entre la presencia de despertares nocturnos habituales y la presencia de enfermedad crónica, $p=0,2$.

Un 59% (36) presentaba sensación de cansancio durante el día.

Respecto a los hábitos dietéticos de la muestra estudiada el consumo de carne se situaba en 3+1 veces a la semana con 2 + 1 veces a la semana de consumo de carne roja. No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de carne, y de carne roja semanalmente, con la presencia de patologías crónicas, $p=0,4$ y $p=0,9$ respectivamente.

No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de fruta y verdura diario, ni el consumo de alimentos procesados con la presencia de enfermedades crónicas, $p=0,33$ y $p=0,8$ respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

La práctica de actividad física semanal recomendada, el consumo de tabaco y alcohol diario, los patrones que definen el descanso y los parámetros de alimentación consultados no presentaron relación de dependencia con la presencia de enfermedades crónicas.

Se observaron, en términos generales, unos buenos hábitos alimenticios y una buena participación en la práctica deportiva semanal. Fueron más preocupantes los datos con respecto al el consumo habitual de alcohol y tabaco, pero en especial los factores relacionados con el sueño y el descanso.

En lo que respecta al sexo y el índice de masa corporal, tampoco mostraron una relación de dependencia con la presencia de enfermedades crónicas. El índice de masa corporal (IMC) medio se estableció en sobrepeso, pudiéndose mejorar en términos generales para evitar el riesgo de aparición de factores de riesgo.

Por último, la edad, fue el único factor que mostró relación de dependencia con la presencia de enfermedades crónicas; cuanto mayor es el numero de años, mayor será la probabilidad de padecer enfermedades crónicas.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas, mayor al 50%, unido a su vinculación con la edad, sus tempranas apariciones y la tendencia al envejecimiento demográfico de nuestro país, supone y supondrá un problema grave de salud nacional, por lo que un buen cumplimiento de los hábitos de vida ayudarán a un mejor control del peso y una disminución de la probabilidad de la aparición de factores de riesgo, que se traduce en la conservación de un mejor estado de salud durante más años.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Ojeda MA, de Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutricion Hospitalaria*. 2015;31(5):1910–9.
2. Macías M AI, Gordillo S LG, Camacho R EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*. 2012 Sep;39(3):40–3.
3. Enfermería C de, Zagal A, Israel Tutora M, Mg Meza Rodríguez L, Viviana M. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD "HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Enfermería.
4. Biomédica Instituto Nacional de Salud [Internet]. Available from: <https://www.icbf.gov.co/>.
5. Llanes LL. Enfermedades crónicas y vida cotidiana Chronic diseases and daily life [Internet]. Vol. 37, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011. Available from: <http://scielo.sld.cu>.
6. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces S v, González-Gómez JA, et al. Prevalence of chronic diseases and risk factors among the spanish prison population GESESP (Grupo de Enfermería Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria).
7. García García E. ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2004 Oct;12(Obesidad).
8. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*. 2016 Jun 1;69(6):579–87.
9. Venezolana de Endocrinología Metabolismo Venezuela Rojas de SP, Definición C, Diagnóstico De La Diabetes Mellitus CY. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* [Internet]. 2012;10(1):7–12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232003>.
10. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud Actualización [Internet]. 2012. Available from: www.msssi.gob.es.
11. Menéndez Torre EL, Blanco JA, Barreiro SC, Martínez GR, Alvarez ED. Prevalence of diabetes mellitus in Spain in 2016 according to the Primary Care Clinical Database (BDCAP). *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed)*. 2021 Feb;68(2):109–15.
12. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, García-Fernández ME,

- Palacios-Martínez D, Montero-Costa A, et al. Prevalencia de diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria española y su asociación con factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares. Estudio SIMETAP-DM. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2020 Jan;32(1):15–26.
13. Cosío BG. COPD. Vol. 43, *Archivos de Bronconeumología*. Ediciones Doyma, S.L.; 2007. p. 15–23.
 14. Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Archivos de Bronconeumología*. 2020;
 15. Dauden E, Cervera R, Escobar C. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital de Manises. Valencia. España. (10) Departamento de Salud de La Ribera [Internet]. Vol. 93, *Asistencia Sanitaria*. Dirección General. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. España. Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España; 2019. Available from: www.msc.es/resp
 16. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Vol. 16, *Nature Reviews Nephrology*. Nature Research; 2020. p. 223–37.
 17. Manuel Moreno DG. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD DEFINITION AND CLASSIFICATION OF OBESITY. Vol. 23, *REV. MED. CLIN. CONDES*. 2012.
 18. Labraña AM, Durán E, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, Díaz X, et al. Menor peso corporal, de índice de masa corporal y de perímetro de cintura se asocian a una disminución en factores de riesgo cardiovascular en población chilena: Findings from the Chilean health survey. *Revista médica de Chile*. 2017 May;145(5):585–94.
 19. de Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. Vol. 2013, *Journal of Obesity*. 2013.
 20. Yang YJ. An Overview of Current Physical Activity Recommendations in Primary Care. *Korean Journal of Family Medicine*. 2019 May 20;40(3):135–42.
 21. Swift DL, McGee JE, Earnest CP, Carlisle E, Nygard M, Johannsen NM. The Effects of Exercise and Physical Activity on Weight Loss and Maintenance. Vol. 61, *Progress in Cardiovascular Diseases*. W.B. Saunders; 2018. p. 206–13.
 22. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. PAPPS expert group. Lifestyle recommendations. *Atencion Primaria*. 2020 Nov 1;52:32–43.
 23. Roerecke M. Alcohol's impact on the cardiovascular system. Vol. 13, *Nutrients*. MDPI; 2021.
 24. Hermans KEPE, van den Brandt PA, Loef C, Jansen RLH, Schouten LJ. Alcohol consumption, cigarette smoking and cancer of unknown primary risk: Results

from the Netherlands Cohort Study. *International Journal of Cancer*. 2021 Apr 1;148(7):1586–97.

25. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology and Health*. 2017 Aug 3;32(8):1018–36.

26. Paredes Díaz R, Castillo OO, Rita E, Torres M, Caridad M, Moreno C, et al. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña Influence of smoking and alcoholism on the population of Pinar del Río. Vol. 19, *Rev. Ciencias Médicas*. Enero-febrero. 2015.

27. Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalder K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. Vol. 116, *Deutsches Arzteblatt international*. NLM (Medline); 2019. p. 681–8.

28. Soledad Rodríguez-pecci M, la Fuente-aguado J de, Montero-tinnirello J, Sanjurjo-rivo AB, Sánchez-conde P, Fernández-fernández FJ. EPOC SEGÚN SEXO 207 ARTÍCULO ORIGINAL ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES. 2008;

29. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Revista del comité científico de la AESAN*. Madrid; 2020.

30. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. 2012 Dec;23(4):151–5.

Capítulo 80

REPERCUSIÓN DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS AL PACIENTE HOSPITALARIO

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

EVA ALONSO MORALES

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

NOELIA VARGAS MUÑOZ

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

1 Introducción

El trabajo enfermero es vital en el cuidado del paciente a nivel hospitalario. Es por ello, que estos cuidados deben basarse en la mejor evidencia científica existente posible para ofrecer unos cuidados de calidad (1).

Aplicar cuidados de calidad implica no solo ofrecer los mejores cuidados al paciente, sino que también se optimice el uso eficiente de los recursos, así como la mejora de la satisfacción del paciente (2).

Esta práctica permite evaluar la calidad de los cuidados proporcionados al paciente, haciendo lo correcto de la forma correcta. Si lo expresamos con otras palabras entendemos que, esto supone usar de forma consciente y juiciosa toda la información existente a la hora de informar al paciente para que este pueda decidir y elegir como se aplican sus cuidados en función de preferencias o necesidades individuales de acuerdo a las posibles opciones clínicas (3).

No siempre es posible ofrecer cuidados de calidad y no porque no tengamos los conocimientos o los medios necesarios, si no que, las cargas asistenciales en muchas ocasiones son elevadas o las ratios enfermera/paciente son desmesuradas y por lo tanto (4).

La enfermera formada y que lleva a su práctica diaria la enfermería basada en la mejor evidencia científica existente, es capaz de elaborar protocolos y guías de práctica clínica sobre procedimientos o actuaciones para realizar en el ejercicio de su trabajo con mayor facilidad y con informaciones certeras en el momento de la realización que las enfermeras que no llevan a su práctica diaria la investigación (5).

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la enfermería basada en la evidencia científica sobre los cuidados proporcionados al paciente hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO.

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.

Criterios de exclusión:

- Libros

4 Resultados

Los estudios analizados determinaron que los cuatro elementos que constituyen la Enfermería Basada en la Evidencia son los siguientes:

- Investigación
- Experiencia profesional
- Recursos disponibles
- Preferencias, expectativas y valores de los usuarios.

Todos coinciden en que el futuro de la profesión enfermera estará basado en la investigación, sin ella no podríamos ofrecer cuidados de calidad, ya que los cuidados estarían desfasados, simplemente por desconocimiento y esto ser perjudicial para nuestros pacientes y no solo eso, la enfermería es una profesión en constante desarrollo, todos los días salen protocolos y guías de práctica clínica nuevas conforme a la evidencia científica disponible hasta el momento.

Lo que pretendemos es brindar cuidados no solo de calidad, si no que se estandaricen los cuidados y se realicen igual en todos los lugares del país, porque si la evidencia científica mediante estudios probados ha determinado que dicha técnica se realiza de 'X' forma, todos los pacientes tienen derecho a que se les realice así y no dependa del profesional que lo trate y de la formación que este tenga en la materia.

Esta práctica también tiene que ser ofrecida y facilitada por nuestros centros de trabajo, porque en las encuestas realizadas en los diferentes estudios, todas coinciden en que en muchas ocasiones su centro de trabajo no les facilita u ofrece actividades formativas.

Debemos cambiar esto, ya que depende en gran medida de nosotros mismos el hacer ver que si no ofrecemos cuidados de calidad los resultados pueden ser fatales para el paciente, para nosotros mismos e incluso para las instituciones, asumiendo gastos y responsabilidades en muchas ocasiones innecesarias.

Ofrecer cuidados de calidad implica involucrarnos en los cuatro principios básicos de la bioética (justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía para el paciente).

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que la práctica enfermera basada en la evidencia científica existente, ayuda a la enfermera a crecer como profesional, ya que esta proporciona los mayores cuidados de calidad mejorando así la satisfacción de los pacientes. Así como, ayuda al sistema sanitario al ahorro de costos disminuyendo los ingre-

sos, utilización de fármacos e incluso la reducción de técnicas innecesarias para el cuidado de los pacientes.

La enfermera tiene que estar en evolución constante para ser conocedora de las últimas evidencias para aportar a los pacientes los mayores cuidados de calidad. Es por ello, que la investigación es una herramienta fundamental para estar a la última en información y conocimientos enfermeros.

6 Bibliografía

1. Muñoz Jiménez D. De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enferm clín* (Ed impr). 2018;149-53. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-175276>.
2. Molina Mula J, Vaca Auz J, Muñoz Navarro P, Cabascango Cabascango K, Cabascango Cabascango C. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. *Index de Enfermería*. septiembre de 2016;25(3):151-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
3. Charaja Jallo D. Estrategias de enseñanza e integración de la enfermería basada en la evidencia para desarrollar las habilidades en la investigación científica en las estudiantes del séptimo semestre de la escuela profesional de enfermería, Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez”, ciudad y región Puno; 2016. 2019; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/6403>.
4. Castro M, Simian D. LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 de mayo de 2018;29(3):301-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>.
5. Donoso Noroña RF, Gómez Martínez N, Rodríguez Plasencia A, Donoso Noroña RF, Gómez Martínez N, Rodríguez Plasencia A. El futuro de la enfermería basada en evidencia y su impacto en el cuidado del paciente. *Revista Universidad y Sociedad*. octubre de 2020;12(5):229-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202020000500229&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

Capítulo 81

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA VACUNA DE LA GRIPE

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

CARLOS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

La gripe es una infección viral que afecta principalmente a la nariz, la garganta, los bronquios y en ocasiones, a los pulmones, esta suele durar una semana. Sus síntomas incluyen:

- Fiebre.
- Malestar general
- Dolores musculares.
- Dolor de cabeza.
- Rinitis.
- Tos seca.
- Dolor de garganta.

Los vómitos y la diarrea son otros posibles síntomas que algunas personas pueden experimentar, pero son más típicos en los niños. Normalmente, las pe-

queñas partículas que expulsamos al toser y estornudar son el principal medio de transmisión de una persona a otra.

Las epidemias estacionales son la forma más común de propagación rápida.

La mayoría de las personas afectadas normalmente se recuperan sin necesidad de atención médica en 1 o 2 semanas, pero en niños pequeños, mujeres embarazadas, ancianos o pacientes con otras afecciones médicas graves, la infección puede provocar complicaciones más graves como neumonía, infecciones de oído, bronquitis, sinusitis o incluso la muerte.

Quienes tienen gripe deben evitar los lugares públicos y quedarse en casa si tienen un caso leve. La mejor manera de evitar contraer la gripe es vacunarse todos los años. También puede evitar que el virus se propague lavándose las manos con frecuencia y tosiendo o estornudando en el codo.

2 Objetivos

Expresar y resaltar el papel que tiene el personal de enfermería en la prevención poblacional destacando los beneficios de la vacuna.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada. Se han consultado artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se ha realizado una búsqueda exhaustiva de libros. De estas bases de datos se seleccionaron artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

La vacuna contra la gripe está especialmente indicada para:

- Mayores de 60 años.
- Personas menores de 60 años que tengan alto riesgo de complicaciones, como bebés menores de 6 meses, adultos con enfermedades renales, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas, cáncer, enfermedades inflamatorias crónicas y mujeres embarazadas.
- Personas que tienen un alto riesgo de transmitir la gripe a otras personas.
- Personal de los ámbitos sanitario, policial, defensa civil y bomberos.

La vacuna contra la gripe no contrae la gripe porque está elaborada con virus muertos, en cambio, es posible que solo sienta una pequeña molestia en el lugar donde se insertó la aguja o una fiebre leve. Hay muchas menos posibilidades de sufrir una reacción grave que de enfermarse.

Actualmente existen en el mercado varias vacunas muy seguras y eficaces, como las trivalentes o ayudabas, y recientemente se han desarrollado vacunas tetravalentes que permiten aumentar el nivel de protección sin cambiar el perfil de seguridad.

Hay varios factores que es crucial considerar al evaluar la protección de la vacuna:

- El individuo que recibe la vacuna y el nivel de protección que proporcionan.
- Las características del paciente (edad, estado de salud) al recibir la vacuna.
- Similitud o combinación entre los virus incluidos en la vacuna y los que se propagan dentro de la comunidad.

Nos referimos a que la vacuna tiene pocos o ningún beneficio cuando los virus que contiene no coinciden con los que están circulando actualmente. Todos los años se realizan estudios sobre la efectividad de la gripe y pueden variar de uno a otro, pero los hallazgos de estudios más recientes muestran que tienen una reducción del 40% al 60% en la población general. Garantizar que los profesionales médicos tengan acceso a la información para cualquier duda o incertidumbre.

5 Discusión-Conclusión

Según datos oficiales, la proporción de profesionales sanitarios que han recibido la vacuna contra la gripe ha sido históricamente muy inferior a la ideal. Estas han ido aumentando en los últimos años, desde una cobertura de apenas el 25% en la temporada 2010-2011 a aproximadamente un 50% en la campaña más reciente, pero todavía están lejos del objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UE de una cobertura del 75%. Como resultado, resaltan la necesidad de ciertas tácticas como lanzar campañas educativas y de sensibilización sobre la gripe, sus efectos secundarios y la eficacia y seguridad de la vacuna. Una estrategia crucial en las unidades hospitalarias con pacientes de muy alto riesgo es realizar sesiones de formación periódicas y cíclicas para los profesionales sanitarios sobre la gripe y el valor de vacunarse durante la campaña.

Como medida adicional de seguridad y salud en el lugar de trabajo, vacunar a los profesionales médicos allí, programar vacunaciones durante varios días seguidos en la misma unidad y establecer un sistema eficaz de citas y comunicación.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/es/vacunaciones/vacunacion-frente-gripeneumococo-2020-2021/personas-deben-vacunarse-gripe>.
2. <https://www.efesalud.com/vacuna-gripe-objetivo-aumentar-coberturas/>.
3. <https://espanol.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm>.

Capítulo 82

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN Y LAS FUNCIONES EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DISFAGIA

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

CARLOS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

Un trastorno conocido como disfagia se caracteriza por la dificultad para mover alimentos sólidos o líquidos desde la boca hasta el estómago. A pesar de la frecuencia y gravedad de las complicaciones, el trastorno no se comprende bien y con frecuencia no se trata adecuadamente. Se asocia con una variedad de patologías.

La disfagia se caracteriza por dificultad para tragar. Es una afección común que empeora con el envejecimiento y reduce la calidad de vida de quienes la padecen. Esto puede provocar deshidratación, pérdida de peso, desnutrición, problemas

respiratorios por aspiración e incluso la muerte. Comenzando con la consulta inicial con el médico de atención primaria y las enfermeras, un diagnóstico y un tratamiento efectivos requieren el trabajo de un equipo multidisciplinario.

La disfagia se puede dividir en dos categorías desde un punto de vista clínico y práctico:

- Orofaringea
- Esofágica

Las causas en cualquiera de las situaciones pueden ser orgánicas o funcionales. La disfagia funcional puede desarrollarse según el tipo de músculos utilizados durante las fases de deglución, la afectación de los músculos estriados produce disfagia orofaríngea, mientras que la afectación de los músculos lisos produce disfagia esofágica. En la práctica clínica se deben abordar diferentes cuestiones relacionadas con los síntomas clínicos, sus efectos y tratamientos.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones de enfermería implicadas en la prevención y cuidado de un paciente con un trastorno de disfagia.

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 realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se consultaron artículos de las tres bases de datos principales: Pubmed, Medline y Scielo. Estos artículos han sido elegidos porque son científicos y tienen contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

La disfagia se caracteriza por dificultad para tragar. Es una afección común que empeora con el envejecimiento y reduce la calidad de vida de quienes la padecen. En esta enfermedad, el papel de los especialistas en el diagnóstico, el tratamiento y el mantenimiento de la disfagia es crucial y protagonista. El equipo de salud debe poner en práctica las estrategias porque hacerlo ayuda a reducir los riesgos y mejorar la eficacia de las intervenciones. Deberán sugerir medidas terapéuticas

para facilitar y potenciar el tratamiento de la disfagia entre todos los expertos del equipo.

MECV-V y EAT 10 son los dos tipos de pruebas principales que se utilizan para evaluar de forma precisa y completa la disfagia de enfermería.

El paciente en estas pruebas necesita estar integrado y atento. Antes de la cirugía, enfermería debe controlar su saturación de oxígeno y continúe haciéndolo durante la operación. Durante la prueba se evalúan indicadores de seguridad como la entonación, la tos y una desaturación superior al 2 por ciento. Sí, la prueba se considera positiva si se presenta alguno de estos síntomas. Se añade un espesante al fluido de alimentación, normalmente agua, en las cantidades recomendadas por el fabricante del espesante para producir una variedad de texturas.

Comenzando con aproximadamente 5 ml de consistencia de néctar con buena tolerancia, 10 ml de consistencia de néctar y 20 ml de consistencia de néctar con buena tolerancia. En ausencia de señales de seguridad, se administran 3 volúmenes de consistencia líquida (5 ml, 10 ml y 20 ml). El paciente tiene buena tolerancia y no presenta disfagia. Es importante mantenerse alejado de alimentos con dos texturas, como sopas o frutas que están muy llenas de líquido.

5 Discusión-Conclusión

Dado que las enfermeras y enfermeros son la ocupación que más valoran los pacientes en términos de prevención y educación sanitaria, desempeñan un papel muy crucial en la prevención de complicaciones. Para implementar planes de tratamiento y elevar el nivel de vida de estos pacientes y sus cuidadores en el día a día, el personal de enfermería debe actuar como enlace con otros profesionales. No se conoce ningún tratamiento para la disfagia como trastorno porque normalmente se considera un síntoma, sin embargo, se debe encontrar una cura para la patología que está provocando esta disfagia. Existen tratamientos paliativos disponibles para facilitar o prevenir el proceso de deglución, que aún deben personalizarse según el paciente.

6 Bibliografía

1. www.google.es

Capítulo 83

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL TRIAJE EN URGENCIAS.

MARIA ISABEL INIESTA TEBAR

JOSE LUIS MOLINA INIESTA

JAVIER MOLINA INIESTA

CARLOS MOLINA INIESTA

NURIA GOMEZ JARILLO

1 Introducción

El personal de enfermería, cuando encuentra un paciente en box, confirmará la identidad del paciente y luego realizará un breve historial después de que el paciente llegue a la recepción y lo llamen para ingresar a la sala de triaje.

Durante esta anamnesis se le interrogará sobre su historial médico personal, sus alergias y el motivo por el que busca atención médica. También se anotarán los signos vitales más importantes, incluida la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, la saturación de oxígeno y los niveles de azúcar en sangre.

Esto se hace para establecer el nivel de urgencia y colocar al paciente en una de las diversas categorías, como I Rojo (riesgo vital inmediato), II Naranja (muy urgente), III Amarilla (urgente), IV Verde (urgencia menor) y V Azul (situación no urgente).

El sistema de clasificación de Manchester, que se utiliza para categorizar y priorizar situaciones, se desarrolló en la década de 1990. Es un sistema que opera muy rápidamente, cada triaje dura entre un minuto y un minuto y medio y puede utilizarse tanto para pacientes adultos como pediátricos.

Se utiliza en nuestra nación desde el año 2004. Los primeros en utilizarlo fueron el personal médico del Servicio de Urgencias del Hospital de Ourense, y posteriormente se fue ampliando a otros hospitales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia del papel del personal de enfermería en el servicio de triaje mientras lo describe en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión bibliográfica de libros, estudios poblacionales y artículos clínicos de Pubmed y Medline, dos bases de datos científicas. En la búsqueda metódica se utilizó tanto el español como en el inglés.

4 Resultados

Es crucial que las enfermeras que trabajan en el área de triaje comprendan cómo se organiza y administra el servicio de urgencias donde están destinadas, así como la estrategia empleada, los recursos con los que cuentan, los registros con los que cuentan y el apoyo que tienen.

Debido a que no todos los hospitales operan de la misma manera ni cumplen con los mismos estándares de trabajo, también es necesario estar familiarizado con las leyes, los procedimientos y los manuales. Se ha confirmado en el estudio Martín García M. que los pacientes que han pasado por la sala de triaje están más contentos con la atención inicial del personal de enfermería, presentan menos ansiedad mientras esperan en la sala de espera y valoran positivamente poder hablar con alguien que está interesado en su salud tan pronto como llegan a un servicio de urgencias.

Al solicitar pruebas radiológicas cuando la enfermera lo cree oportuno por el motivo de la consulta, también se ha adelantado el tiempo. A la hora de utilizar el

sistema de clasificación de triaje, se cree que no existen diferencias entre profesionales de enfermería y médicos, según un estudio realizado por Cubero Alpazar C.

Incluso se puede demostrar que el personal de enfermería que realiza el triaje ha hecho posible un mejor nivel de control del flujo de pacientes en los servicios de urgencias de los hospitales. Esto no solo permite ahorrar costos, sino que también permite personal de enfermería en las salas de emergencia de los hospitales para realizar más tareas.

En el estudio realizado por Cubero-Alpazar C se encontró que el tiempo de espera en los servicios de urgencias se asocia con un mayor riesgo de muerte a corto plazo, provocando una saturación importante y largas colas en los servicios de urgencias, así como muchos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El papel del personal de enfermería en el área de triaje es crucial porque son una de las primeras personas con las que se encuentra el paciente y son los encargados de clasificarlo para que luego pueda recibir atención por parte del personal médico en un momento que dependerá de la clasificación que realice la enfermera. Debido a esto, es fundamental que el personal de enfermería que desempeña sus funciones en el triaje sea personas adecuadamente calificadas y que posean los conocimientos necesarios, ya que su evaluación y determinación de su rango tendrá un impacto importante en la vida de un paciente. La salud de un paciente puede deteriorarse como resultado de una mala clasificación porque si un paciente que necesita ser tratado de inmediato es clasificado como verde y no lo antes posible, corre el riesgo de morir.

6 Bibliografía

1. M. Manosalva Murillo J. El puesto de la enfermera en el área de triaje. *Av enfermo* 2005; 23(1): 82–89.

Capítulo 84

LA MÚSICA COMO CUIDADO EN LA PRÁCTICA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE SOMETIDO A CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ ORTEGA

EVA ALONSO MORALES

NOELIA GONZÁLEZ GARCÍA DE MATEOS

ANA SÁNCHEZ ROSILLO

NOELIA VARGAS MUÑOZ

1 Introducción

El aumento progresivo de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas en los últimos años, sumado al aumento del envejecimiento de la población, han permitido un aumento de la supervivencia y mejoría de la calidad de vida de los pacientes en Cuidados Paliativos. La principal patología que abarcan estos pacientes es el cáncer.

La musicoterapia es el empleo de la música con fines terapéuticos, ya que permite expresar todo tipo de sentimientos. Este tipo de terapia se remonta a la década de 1970, de la mano de la musicoterapeuta canadiense Susan Munro como pionera. Actualmente, la música ya es una terapia complementaria en los Cuidados

Paliativos, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de estos pacientes a través del alivio de sus síntomas físicos y psíquicos al aportar una mayor facilidad de comunicación y expresión, asociándose principalmente a una reducción del dolor.

La enfermería en Cuidados Paliativos juega un papel fundamental acompañando al paciente y a la familia en el camino hacia una muerte digna, tranquila y sin dolor. La Clasificación Internacional NANDA-I en su séptima edición recoge la musicoterapia como una intervención enfermera con el código 4400 “Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conducta, sentimientos o fisiológico”.

2 Objetivos

- Describir los beneficios de la música en la evolución favorable de los pacientes.
- Destacar el papel de la música en el proceso de la muerte como cuidado enfermero.
- Estudiar la importancia de la música en la calidad de vida del paciente durante el proceso de muerte.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed y CINAHL de artículos científicos publicados en los últimos 5 años mediante lenguaje libre y lenguaje controlado y el formato PICO, y usando las siguientes palabras clave: “palliative care”, “music therapy”, “nursing care”.

Mediante la realización de una búsqueda en GuíaSalud, Cochrane y RNAO, se verifica la no existencia de Guías de Práctica Clínica o revisiones sistemáticas que den respuesta al tema elegido para este estudio.

4 Resultados

Tras la búsqueda que se realizó siguiendo la estrategia ya mencionada, se seleccionaron aquellos artículos más significativos relacionados con la pregunta inicialmente planteada para este estudio, y se descartan aquellos que no cumplen los criterios establecidos.

Con el estudio Music in palliative care: a qualitative study with patients suffering from cáncer se pudo concluir que la música puede ayudar a crear nuevos

recuerdos, favorece las relaciones familiares y con los profesionales, combatir el aburrimiento, aumentar la esperanza de recuperar autonomía, favorecer un ambiente animado y relajado, aumentar la actividad física, bienestar y alegría. Por otro lado, en los resultados se observó que, a pesar de los beneficios de la intervención, también aparecían sentimientos de pérdida de autonomía, cercanía a la muerte y cansancio.

En el estudio “Song of Life”: Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care se observa que la música significativa mejora la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos al favorecer componentes emocionales y espirituales. Tras el estudio se pudo concluir que la música biográfica tiene un impacto positivo en aspectos emocionales y espirituales de la calidad de vida del paciente y puede servir como un tratamiento psicosocial en cuidados paliativos.

El estudio “Risoterapia, Musicoterapia y Comunicación: terapias complementarias en la atención enfermera a niños con enfermedad oncológica en fase final de vida” busca identificar el beneficio de ciertas terapias complementarias de enfermería, entre ellas la musicoterapia, en pacientes pediátricos con enfermedad oncológica en fase final de vida. Para ello se realizó una revisión bibliográfica desde marzo hasta mayo de abril 2020, seleccionando 6 artículos.

Uno de esos artículos, “Music Therapy applied to pediatric cancer patients. Olandia-Olea” comenta el efecto ansiolítico que tiene la musicoterapia sobre la calidad de vida de estos pacientes; la disminución de la ansiedad y el miedo al facilitar la expresión del paciente; favorece el estado de ánimo disminuyendo así el dolor; favorece la comunicación entre el paciente, la familiar y el personal de enfermería; es más favorable en el sexo femenino y además puede beneficiar a al cuidador disminuyendo su ansiedad. Otro de esos artículos, “Impact of Music Therapy on pain management in children diagnosed with cáncer. Vidal-Sierra”, observa una mejoría en la expresión de emociones debido al uso de la musicoterapia en el control del dolor desde el inicio del diagnóstico y la mejor comunicación entre familia, paciente y personal sanitario.

En conclusión, todos los artículos seleccionados en esta búsqueda concluyeron en que las terapias complementarias, entre ellas la musicoterapia, son técnicas de enfermería dirigidas al control del dolor y a mejorar el afrontamiento de la enfermedad, aunque no hay suficiente evidencia científica que demuestra que sean efectivas en pacientes al final de la vida.

5 Discusión-Conclusión

Con el fin de determinar si la musicoterapia mejora la calidad de vida de pacientes sometidos a Cuidados Paliativos, se analizaron un total de 3 artículos.

En el estudio llevado a cabo por Warth, M et al., no se consiguieron resultados estadísticamente significativos en la mejora de la calidad de vida psicológica ni global de los pacientes sometidos a la intervención. Sin embargo, sí se obtuvo un resultado estadísticamente significativo para un bienestar espiritual mayor, integridad del ego mayor, angustia momentánea menor. No obstante, el estudio presenta como limitación la existencia de un tercer grupo control sin intervención, el mayor porcentaje de participantes eran del mismo sexo (femenino) y el tiempo limitado de estudio. Por lo que este estudio muestra que la musicoterapia puede ser eficaz como tratamiento psicosocial en cuidados paliativos. Otro estudio cualitativo de Pommeret, S. et al., sugiere que la música en vivo tiene un papel fundamental en la humanización de los cuidados en las relaciones de los pacientes en cuidados paliativos, a pesar de poder provocar reacciones negativas por el cansancio o por pensamientos sobre su enfermedad.; siendo necesario un equipo multidisciplinar capacitado para la musicoterapia. Un último estudio de Escolá-Escartín, C. et al., concluye que las terapias complementarias, como la musicoterapia, pueden controlar el dolor y mejorar el afrontamiento de enfermedad en niños en cuidados paliativos.

Tras la revisión de los tres artículos, se puede concluir que la musicoterapia puede ofrecer beneficios en el estado emocional y psicosocial del paciente al final de su vida, pudiendo favorecer así una leve mejoría en la calidad de vida de los pacientes sometidos a Cuidados Paliativos. Por lo que, sería necesaria la formación del personal de enfermería, y resto del equipo multidisciplinar, de unidades de Cuidados Paliativos (tanto pediátricas como de adultos) en musicoterapia para así brindar un mayor soporte a estos pacientes y sus familias durante el proceso de enfermedad, así como en el posterior duelo, y aumentar la calidad de vida de los mismos durante todo el proceso.

6 Bibliografía

1. Pommeret, S., Chrusciel, J., Verlaine, C., Filbet, M., Tricou, C., Sanchez, S., & Hanneltel, L. (2019). Music in palliative care: a qualitative study with patients suffering from cancer. *BMC palliative care*, 18(1), 78
2. Warth, M., Koehler, F., Brehmen, M., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2021). "Song of Life": Results of a multicenter randomized trial on

the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliative Medicine*, 35(6), 1126–1136.

3. Escolá-Escartín, C., Planàs-Puig, E., Sentañes-Gabarroca, C., Solvez-Domenech, N., & Faro-Basco, M. (2020). Risoterapia, Musicoterapia y Comunicación: terapias complementarias en la atención enfermera a niños con enfermedad oncológica en fase final de vida. Revisión bibliográfica. *Agora de Enfermería*, 24(2), 320–324.

4. Oladía-Olea, I. Musicoterapia aplicada a pacientes oncológicos pediátricos [trabajo fin de grado]. Universidad de Valladolid, España; 2016

5. Vidal-Serra, JR. Impacto de musicoterapia en el manejo de dolor en niños con diagnóstico de cáncer: revisión sistemática [trabajo fin de máster]. Universidad Internacional de la Rioja, Bogotá, Colombia; 2016.

6. Cano Arana, A., Conzález Gil, T., Cabello López, J.B., por CASPe. Planilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.

7. Cabello, J.B. por CASPe. Planilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Añocante: CASPe; 5005. Cuaderno I. p.5-8.

8. Valero-Cantero, I., Martínez-Valero, F. J., Espinar-Toledo, M., Casals, C., Barón-López, F. J., & Vázquez-Sánchez, M. Á. (2020). Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC palliative care*, 19(1), 61.

9. Potvin, N., Hicks, M., & Kronk, R. (2021). Music Therapy and Nursing Cotreatment in Integrative Hospice and Palliative Care. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 23(4), 309–315.

10. Butcher HK, Bulechek GM, McCloskey-Dochterman J, Bagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019

Capítulo 85

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON BOTULISMO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA DOLORES GALLEGO ROSA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

1 Introducción

El botulismo es una enfermedad rara y potencialmente fatal, producida por neurotoxinas botulínicas causadas por *Clostridium botulinum* y también por cepas raras de *C. baratii* *C. butyricum*. Hasta el día de hoy, se han logrado identificar siete de estas neurotoxinas que son antigénicamente diferentes, denominadas serotipos A, B, C, D, E, F y G. Los serotipos A, B, E y F son los que causan casos de botulismo en el ser humano(1).

Existen tres formas clínicas de botulismo(2):

- La forma clásica, que se transmite mediante alimentos contaminados por *Clostridium*, productor de toxina botulínica. La mayor parte de los brotes o casos puntuales que se producen se relacionan con alimentos preparados o mediante

conservas cuyos métodos no logran eliminar las esporas, normalmente conservas caseras.

- El botulismo intestinal, que está causado por la colonización del aparato digestivo
- El botulismo por contaminación de esta toxina en heridas

Los síntomas aparecen de forma general entre la 7 y 36 h. Se debe destacar que entre estos síntomas no se produce fiebre(3).

En los adultos, los síntomas incluyen (3):

- Dolor abdominal
- Disnea
- Disfagia
- Dificultad para hablar
- Visión doble
- Vómitos y náuseas
- Debilidad con parálisis que se produce de forma bilateral

Los síntomas en lactantes incluyen(3):

- Estreñimiento
- Babeo
- Pérdida de apetito o succión débil
- Disnea
- Debilidad en llanto
- Debilidad generalizada con pérdida del tono muscular

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones de Enfermería correctas ante un paciente con botulismo.
- Explicar signos y síntomas de alarma para la detección precoz del botulismo.
- Exponer las formas de prevención del botulismo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Para ello se han realizado diversas consultas en los artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, así como Google Académico. Se han utilizado los descriptores DeCS y MeSH.

4 Resultados

El papel de Enfermería es muy importante para la prevención. Estos son los consejos más importantes(4):

- Se debe realizar la cocción completa o el calentamiento de alimentos de consumo humano
- El almacenamiento y manipulación de los alimentos se debe realizar de forma adecuada
- Se debe tener en cuenta que la refrigeración de los alimentos no los hace completamente seguros.
- Cocinar los alimentos a 80 °C al menos 30 minutos.
- Desechar los alimentos enlatados, que están manchados o que tienen mal olor y que no tienen el aspecto adecuado
- Seguir las directrices de las instrucciones para el envasado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- Desechar las latas que se encuentran hinchadas o que gotean
- Refrigerar los aceites caseros con aliños de ajo o hierbas y desecharlos transcurridos 4 días
- Mantener calientes alimentos como las patatas asadas en papel de aluminio hasta el instante en que la vamos a comer

Si no se sabe con seguridad si una lata debe ser desechada, se puede comprobar al abrirla. Antes de realizar el primer agujero, se colocan unas gotas de agua en el lugar donde se va a perforar. Si al perforar la lata el agua sale despedida y no se absorbe, el envase está contaminado y debe ser desechado (4).

Los alimentos que puedan estar contaminados tienen que manipularse de forma cuidadosa, si no también mediante la inhalación o la entrada a través de mucosas. Por todo ello se debe evitar el contacto con la piel y lavarse las manos inmediatamente después de manipular el alimento que se encuentra contaminado (4).

Si se infecta una herida, se debe buscar rápidamente asistencia médica con la finalidad de reducir el riesgo de botulismo (4).

El diagnóstico se basa en la historia y el examen clínicos, y se realizará la confirmación de laboratorio, para detectar la presencia de la toxina botulínica en el suero, las heces o los alimentos, o un cultivo de *C. botulinum* de heces, heridas o alimentos. En ocasiones el botulismo se diagnostica de forma equivocada, ya que suele confundirse con accidente cerebrovascular o síndrome de Guillain-Barré entre otros(5).

La antitoxina se debe administrar lo antes posible tras el diagnóstico clínico. La administración de forma precoz es eficaz para reducir las tasas de mortalidad.

Algunos casos de botulismo necesitan un tratamiento adicional, como es el caso de la ventilación mecánica, que pueden ser necesarios durante semanas e incluso meses. Los antibióticos no son necesarios (excepto en caso de botulismo por heridas). Existe una vacuna contra el botulismo, pero no se utiliza, dado que su eficacia no se ha evaluado de forma completa y se han demostrado efectos secundarios negativos(5).

En cuanto a los cuidados de Enfermería ante un paciente con botulismo, cabe destacar(6):

- Permeabilidad de la vía aérea.
- Posición semifowler para evitar posibles aspiraciones.
- Evaluar piel y mucosas.
- Hidratación.
- Realizar balance hídrico.
- Anotar número y aspecto de las deposiciones.
- Valoración de los vómitos.
- Balance ponderal.
- Se debe comprobar tolerancia.
- Toma de muestras laboratorio.
- Apoyo emocional.
- Explicar las técnicas que se van a realizar al paciente.
- Realizar el seguimiento de complicaciones
- Educación al paciente de medidas de higiene de manos
- Hacerle ver de la importancia de la higiene y manipulación de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera resulta clave en el abordaje de un paciente con botulismo.

La prevención primaria y la detección precoz forman parte de la labor de Enfermería de Atención Primaria, realizando educación sanitaria a la población en general.

Su diagnóstico precoz permite la administración temprana de la antitoxina y de esta forma evitar las complicaciones graves de la enfermedad

A pesar de que existe una vacuna, esta no está recomendada de forma sistemática debido a un mayor riesgo-beneficio

Cabe destacar la importancia de la realización de estudios que investiguen tratamientos novedosos ante el botulismo y sus graves complicaciones.

6 Bibliografía

1. Lúquez C, Edwards L, Griffin C, Sobel J. Foodborne Botulism Outbreaks in the United States, 2001–2017. *Front Microbiol* [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2023];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2021.713101>
2. Ministerio de Sanidad - Profesionales - Informes de situación - Brote de botulismo [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/botulismo/home.htm>
3. Botulismo: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000598.htm>
4. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Botulismo - Infecciones. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas-bacterias-anaerobias/botulismo>
5. Botulismo [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/botulism>
6. Cuidados de Enfermería en urgencias en un paciente con intoxicación alimentaria - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-intoxicacion-alimentaria/>

Capítulo 86

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE QUE SUFRE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

LAURA VARGAS BEAMUD

BLANCA HERRERO ALCAIDE

CELIA ARROYO MOLINA

1 Introducción

Hoy en día, cuando surge un problema de salud, uno siempre quiere ser atendido en el mejor hospital del mundo, por el mejor médico y con las mejores técnicas y tratamientos.

Pero para lograr recibir esa atención de calidad, no nos podemos olvidar también de la importancia que supone el papel del personal de enfermería, que es determinante para manejar cualquier tipo de dolencia.

Se puede decir que la enfermería es una profesión que está enfocada a aquellas personas que tienen una gran vocación de servicio hacia las demás personas, se

preocupan por ellas y las atienden y cuidan de la mejor manera posible, llegando a desempeñar un rol muy importante en nuestra sociedad.

El personal de enfermería es aquel personal que se encarga de realizar el cuidado y la atención a todo tipo de personas. La labor de enfermería en muchas ocasiones varía en función del tipo de necesidades que tenga el paciente que se encuentra en el centro sanitario. Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras. También hay que decir que el personal de enfermería realiza la gestión de historiales clínicos

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los principales factores de riesgo modificables de la enfermedad de Alzheimer y el papel de la enfermería en su prevención.

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 última evidencia científica ha demostrado que un abordaje integral desde Atención Primaria de los principales factores de riesgo cardiovasculares en personas menores de 65 años está relacionado directamente con un inicio más tardío de cualquier tipo de demencia y especialmente del Alzheimer. De la misma manera, hábitos de vida saludables como adherencia a la dieta mediterránea, el ejercicio físico, entrenamiento cognitivo activo durante toda la etapa vital de una persona son protectoras frente a la demencia y retrasan su aparición. En la misma línea, el consumo de drogas, alcohol, tabaco ha demostrado ser perjudicial en el desarrollo de eventos cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, mentales y demencias, agravando su sintomatología y pronóstico.

En una revisión reciente que investigo los principales factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer, de la cual concluyó que una proporción considerable de casos de esta enfermedad podrían prevenirse. En este sentido, el papel de la enfermería juega un papel imprescindible desde su función preventiva desde las consultas de Atención Primaria, especialmente

Los últimos tratamientos que se están llevando a cabo para la detección temprana y curación del Alzheimer engloban:

- Terapia farmacológica: el tratamiento farmacológico está enfocado en la sintomatología (neurotransmisión colinérgica), pero hasta hoy no existe cura para la enfermedad.
- Terapia génica: el estudio de los genes responsable del Alzheimer es una ciencia en expansión en los últimos años, si bien hay avances prometedores, actualmente no son lo suficientemente avanzados para el tratamiento y cura definitiva de esta enfermedad.
- Inmunoterapia: existen diferentes hipótesis que se están llevando a cabo y estudiando en la actualidad sobre el análisis de anticuerpos que neutralizan y solubilizan las células responsables de la enfermedad.
- Probióticos, prebióticos y ejercicio: se ha comprobado que alteraciones de la microbiota intestinal están directamente relacionados con el cerebro a través del eje metabólico cerebro – intestino, por lo que un mal funcionamiento puede ser determinante para asociar alteraciones con la enfermedad de Alzheimer, y, al contrario, prevenirla.
- Lenguaje como marcador en el diagnóstico temprano: los pacientes con la enfermedad de Alzheimer pasan por diferentes etapas a lo largo de la enfermedad, las cuales cursan con diferentes alteraciones del lenguaje. Una detección temprana de los trastornos del lenguaje podría llevar a una identificación a su vez temprana de la enfermedad.
- Entrenamiento cognitivo y neuropsicológico como parte del enlentecimiento del deterioro cognitivo y de las actividades de la vida diaria.
- Otras terapias: peptidomiméticos, quelantes de metales.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad que, aunque muy estudiada, sigue siendo desconocida, pues para la ciencia sigue siendo un desafío el tratamiento de esta para conseguir finalmente su curación o no progresión. En la actualidad, los principales resultados en investigación se están consiguiendo en el tratamiento de la sintomatología y en la prevención. Conocer los factores de riesgo que engloban la

enfermedad podrían evitar o retrasar su aparición. Es conocida la importancia de la alimentación saludable y fundamentalmente la adherencia a la dieta mediterránea, ya que se ha demostrado una relación directa entre el eje metabólico intestino – cerebro como factor riesgo de la enfermedad de Alzheimer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 87

EFECTOS DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

FRANCISCO LÓPEZ CANO

VIRGINIA MERINO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Las bebidas energéticas son refrescos comercializados con componentes a veces no muy definidos, pero que suelen incluir cafeína, taurina, glucuronolactona, L-carnitina, guaraná, vitamina D e inositol, entre otras [1-3]. Esta serie de bebidas captan clientes a través del marketing, en diseño de marca o usando grandes personalidades que las publicitan [1]. Tratan de vender una mejora energética, un mejor rendimiento deportivo, de concentración, resistencia y pérdida de peso [4].

En esta última década, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo, el consumo de dichas bebidas se ha visto incrementado; especialmente entre adultos jóvenes deportistas, militares y adolescentes [1,2,5]. Este incremento del con-

sumo mundial parece que ha ido ligado a un aumento en los reportes de intoxicación por bebidas energéticas, donde constatan convulsiones y arritmias [5].

Tanto han preocupado los posibles efectos tóxicos de dichas bebidas como el aumento del ritmo cardíaco, anomalías del sistema nervioso central, fibrilación auricular, problemas gastrointestinales, aumento de la diuresis, respiración agitada o convulsiones, que Francia llegó a prohibir el uso de Red Bull™. Alemania en 2013 estableció límites legales de sustancias como la cafeína, inositol y taurina en las bebidas energéticas, y el conjunto de la Unión Europea ha regulado, mediante el etiquetado, aquellas bebidas que contengan más de 150 mg/L de cafeína [1,5].

2 Objetivos

Conocer si hay efectos adversos en el sistema cardiovascular humano, señalando los principales, cuando se consumen las denominadas bebidas energéticas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos del Web of Science y Google Académico.

Se ha llevado a cabo una búsqueda mediante el uso de las palabras clave “Energy Drinks”, “caffeine”, “taurine”, “nurse” y “Cardiovascular system”. Tras un análisis, se seleccionaron aquellos más apropiados para el tema a tratar.

4 Resultados

En el estudio de Ali Elitok y colaboradores sobre 50 individuos jóvenes sanos, se obtienen resultados negativos en alteraciones electrocardiográficas importantes en el consumo puntual de la bebida energética Red Bull™. Sin embargo, si se obtuvieron cambios significativos en la frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) [6]:

- TAS inicial: $112 \pm 6,1$ mmHg o TAS tras 1 hora de la ingesta: $123 \pm 6,9$ mmHg ($p = 0,003$) o TAS tras 2 horas de la ingesta: $121 \pm 7,4$ mmHg ($p = 0,006$) [6].
- TAD inicial: $73 \pm 5,3$ mmHg o TAD tras 1 hora de la ingesta: $77,4 \pm 6,4$ mmHg ($p = 0,05$) o TAD tras 2 horas de la ingesta: $76,3 \pm 6,2$ mmHg ($p = 0,008$) [6].

- FC inicial: $77,96 \pm 14,94$ latidos/minuto o FC tras 1 hora de la ingesta: $83,8 \pm 12,1$ latidos/minuto ($p = 0,008$) o FC tras 2 horas de la ingesta: $84,8 \pm 10,7$ latidos/minuto ($p = 0,005$) [6].

Worthley et al. por su parte, valoraron la agregación plaquetaria y función endotelial antes y tras 1 hora de la ingesta de 250 ml de una bebida energética sin azúcar. Para ello, llevaron a cabo una investigación sobre 50 voluntarios jóvenes sanos. Los resultados que obtuvieron son [7]:

- Presión arterial media (PAM): aumento significativo tras la ingesta ($p < 0,05$) [7].
- Aumento significativo de la agregación plaquetaria tras el consumo de la bebida energética frente a un grupo control: $13,7 \pm 3,7\%$ frente a $0,3 \pm 0,8\%$ de agregación, respectivamente, $p < 0,01$) [7].
- Función endotelial, expresada como Índice de hiperemia reactiva (RHI): disminuida de forma significativa frente a un grupo control: $(-0,33 \pm 0,13$ frente a $0,07 \pm 0,12$ RHI [control], $p < 0,05$) [7].
- FC no alterada por la ingesta de bebidas energizantes [7].

En la revisión bibliográfica de Lippi G y sus colaboradores llevada a cabo en España e Italia, se busca la correlación entre el consumo de bebidas energéticas y el padecimiento de isquemia miocárdica. La mayor parte de los informes consultados por los autores muestran indicios sensatos que apoyan que un gran consumo de estas bebidas pueden conllevar episodios de isquemia miocárdica. Los efectos sobre el sistema cardiovascular descritos a lo largo de la revisión están basados en el efecto inotrópico positivo en la función cardíaca: provocando una elevación en la FC, el gasto del corazón, su contractibilidad, volumen sistólico y tensión arterial [8].

Además, otros resultados interesantes que se encontraron fueron una disminución significativa de la velocidad del flujo sanguíneo cerebral, reducción en la disminución de la resistencia periférica total o aumento en la función del miocardio derecho y ventrículo izquierdo [8].

En el estudio conducido por Teri M. Kozik et al. se recopilaron medidas electrocardiográficas, constantes vitales y análisis sanguíneos de 14 individuos sanos y jóvenes a los que se les administró vía oral 0,95 litros de una bebida energética. Obtuvieron aumentos en presiones arteriales y una alteración de electrolitos junto a anomalías en la repolarización cardíaca [9]:

- PAS: (valor inicial = $132 \pm 7,83$; tras consumo = $151 \pm 11,21$; $p = 0,001$) [9].

- Intervalo QTc (valor inicial = $423 \pm 22,74$; tras consumo = $503 \pm 24,56$; $p < 0,001$) [9].
- Nivel de magnesio (valor inicial $2,04, \pm 0,09$; tras consumo = $2,13, \pm 0,15$; $p = 0,05$) [9].
- Nivel de calcio (valor inicial = $9,31 \pm 0,28$; tras consumo = $9,52 \pm 0,22$; $p = 0,018$) [9].
- El 57% de los participantes evolucionaron a un QTc (onda QT corta) >500 milisegundos y el 64,3% obtuvieron cambios en la onda T tras el consumo [9].

5 Discusión-Conclusión

La población mundial se está viendo cada vez más expuesta al consumo de bebidas energéticas, pese a algunas regulaciones que se han llevado a cabo países desarrollados de Europa [1,3,5].

Un espacio donde la enfermería tiene un gran papel a desarrollar es en las escuelas. La enfermera escolar tiene la obligación de conocer los efectos de la intoxicación y abstinencia de sustancias como la cafeína, de desarrollar programas escolares de nutrición sana y aumentar la conciencia social sobre el consumo de este tipo de bebidas. La identificación e intervención precoz en estos aspectos puede ayudar a prevenir el desarrollo de problemas cardiovasculares como el sobrepeso en población infantil y adolescente [11].

Si bien se puede afirmar que el número de intoxicaciones por el consumo de estas bebidas se ha visto incrementado [3,5], especialmente en población joven y adolescente [3,10]. Por el contrario, existe cierta contradicción acerca de la alteración electrocardiográfica asociada al consumo de bebidas energéticas.

Ali Elitok et al. manifiesta no haber encontrado diferenciaciones en los intervalos TP-e, así como su relación con el complejo QTc [6]. En esta línea, Samuel Levy y sus colaboradores manifiestan en su estudio que en ciertas ocasiones es difícil asociar el consumo de estas bebidas con la consecuencia de arritmias fatales [10]. En otros estudios, como el de Teri M. Kozik et al., Sarmad Zahoor et al. o el de John P. Higgins entre otros, se señala el daño cardiovascular severo en el consumo agudo (explicado a través de revisiones de casos reales o estudios propios), como son el caso de arritmias auriculares y ventriculares, prolongaciones del intervalo QTc, infarto de miocardio, trombosis o espasmos coronarios [3,4,6].

Un hecho en el que los estudios parecen alinearse es en el hecho de que el con-

sumo de estas bebidas energéticas produce daños a nuestro sistema cardiovascular [1-4,9], especialmente si se ingiere en altas cantidades o mezclado con sustancias como el alcohol [5]. Además, coinciden en líneas generales, en el aumento significativo de TA, FC y gasto cardíaco por el efecto inotrópico positivo de las bebidas energéticas [8,9].

Como conclusión se extrae que las bebidas energéticas sí que poseen la capacidad de influir de forma adversa en nuestro sistema cardiovascular, aunque se necesitan más estudios para evaluar la peligrosidad inmediata de dichas alteraciones.

6 Bibliografía

1. Ehlers, A. Marakis, G. Lampen, A. Hirsch-Ernst, KI. Risk assessment of energy drinks with focus on cardiovascular parameters and energy drink consumption in Europe. Food and chemical toxicology [Internet]. agosto de 2019;130:109–21.
2. Somers, K. Svatikova, A. Cardiovascular and Autonomic Responses to Energy Drinks—Clinical Implications. Journal of Clinical Medicine [Internet]. febrero de 2020;9(2):431. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/2/431>.
3. Zahoor, S. Saif ur Rehman, R. Mudabbar Mahboob, H. Asif, S. Malik, U. Sajid Jehangir, HM. ASSOCIATION BETWEEN ENERGY DRINKS AND CARDIOVASCULAR EVENTS: A LITERATURE REVIEW. Pakistan heart journal [Internet]. 2020;53(4). Disponible en: <https://pakheartjournal.com/index.php/pk/article/view/1997>.
4. Higgins, JP. Yarlagadda, S. Yang, B. Cardiovascular Complications of Energy Drinks. Beverages [Internet]. junio de 2015;1(2):104–26. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2306-5710/1/2/104>.
5. Wassef, B. Kohansieh, M. Makaryus, AN. Effects of energy drinks on the cardiovascular system. World Journal of Cardiology [Internet]. noviembre de 2017;9(11):796–806. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1949-8462/full/v9/i11/796.htm>.
6. Elitok A. et al. Acute effects of Red Bull energy drink on ventricular repolarization in healthy young volunteers: a prospective study. Anatol J Cardiol [Internet]. 2015;15:919–22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336943>.
7. Worthley, MI. Prabhu, A. De Sciscio, P. Schultz, C. Sanders, P. Willoughby SR. Detrimental Effects of Energy Drink Consumption on Platelet and Endothelial Function. The american journal of medicine [Internet]. febrero de 2010;123(2):184–7.

8. Lippi, G. Cervellin, G. Sanchis-Gomar, F. Energy Drinks and Myocardial Ischemia: A Review of Case Reports. *Cardiovascular Toxicology* [Internet]. agosto de 2015;16:207–12.
9. Kozik TM. Et al. Cardiovascular responses to energy drinks in a healthy population: The C-energy study. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. agosto de 2015;34(7):1205–9.
10. Lévy S. et al. European Cardiac Arrhythmia Society Statement on the cardiovascular events associated with the use or abuse of energy drinks. *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology* [Internet]. Septiembre de 2019;56:99–115.
11. Pennington, N. Johnson, M. Delaney, E. Blankenship, MB. Energy Drinks: A New Health Hazard for Adolescents. *Journal of School Nursing* [Internet]. Octubre de 2010;26(5):352–9.

Capítulo 88

PREVENCIÓN ENFERMERA Y EFECTOS ADVERSOS EN LA SALUD POR EL USO DEL CIGARRILLO ELECTRÓNICO

FRANCISCO LÓPEZ CANO

VIRGINIA MERINO GARCIA

ALEXANDRA LAZAR

DAVID RONCERO GARCIA

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

Con la irrupción del cigarrillo electrónico como opción complementaria y/o alternativa a los cigarrillos tradicionales, su consumo se ha visto acrecentado de una forma considerable en la última década. Este hecho se ve remarcado en la adolescencia y en los adultos jóvenes [1]. Esto puede ser debido a que la población ven a los cigarrillos electrónicos como una elección más saludable o segura que los cigarrillos convencionales [2].

Es difícil realizar un seguimiento, identificar o comprender todos los efectos que pueden causar los cigarrillos electrónicos debido a la amplia variedad de sabores o líquidos electrónicos que incluyen. Ya en 2014 se disponía de un listado de

7500 sabores, estimando que podría verse incrementada esta cifra en 242 nuevos sabores mensuales. Pese a esto se conoce que el líquido contenido en los cigarrillos electrónicos es una formulación entre propilenglicol, glicerina vegetal, saborizantes y nicotina en algunos de ellos [2].

Estos compuestos orgánicos volátiles pueden dar como resultado la creación de formaldehído, acroleína [2]. Algunos de los efectos que pueden provocar en nuestra salud son: problemas de hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, inflamación, alteración en la reparación del ADN y originar citotoxicidad en células de las vías respiratorias, especialmente si se produce en cigarrillos con configuraciones de alto voltaje [1-3]. Dichos problemas inflamatorios, y el estrés oxidativo que puede inducir el consumo de cigarrillos electrónicos, pueden conducir además al agravamiento de la enfermedad renal crónica [2,3].

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar si los cigarrillos electrónicos suponen un riesgo para la salud humana.

Objetivo secundario:

- Comprobar el efecto sobre la prevención que puede hacer la enfermería.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en la base de datos del Web of Science y en Google Académico.

Empleando palabras clave como “vascular”, “electronic cigarettes” “nurse” y “vaping” se ha completado la búsqueda para recopilar los artículos más idóneos para completar el capítulo.

4 Resultados

En la investigación llevada a cabo por Alessandra Caporale y colaboradores se evaluaron a 31 pacientes jóvenes y no fumadores. Tras haber vapeado de cigarrillos electrónicos sin nicotina, previo a una resonancia magnética y realizando otra posteriormente, obtuvieron resultados tales como [4]:

- Disfunción endotelial aguda tras la inhalación, demostrado en resultados que la aceleración de la hiperemia reactiva y la dilatación mediada por el flujo de la arteria femoral se redujeron de forma significativa ($p < 0,001$ [-34%] y $p < 0,001$ [-25,8%] respectivamente) [4].
- Deterioro de la función microvascular, sugerido por una disminución en la saturación de la hemoglobina en un 20% ($p < 0,001$) [4].
- La inhalación a través del cigarrillo electrónico induce un aumento en la velocidad de la onda del pulso aórtico, lo que lleva a pensar en una rigidez aórtica aguda [4].
- Índice de resistividad y pulsatilidad aumentados respectivamente en el 71 y 75% de los participantes, creando una mayor resistencia al flujo sanguíneo en el sistema vascular periférico [4].

Una investigación posterior realizada por Shampa Chatterjee et al., donde realizaron análisis sanguíneos en vez de centrarse en pruebas de imagen, comprobaron que biomarcadores indicadores de inflamación se vieron incrementados en su totalidad de forma significativa cuando pacientes no fumadores se veían sometidos al vapeo de cigarrillos electrónicos sin nicotina. Algunos valores de referencia pueden ser:

- Proteína C Reactiva: de 2,8 a 1593 ng/ml
- Proteínas de alta movilidad (HMGB1): de 0,1 a 26,7ng/ml
- Especies reactivas de oxígeno (ROS): 115,3–5102,0 AFU
- La asociación entre la HMGB1 previa a la inhalación y el área de superficie corporal (ASC) posterior se asocian positivamente ($p = 0,01$), produciendo el eje HMGB1-NLRP3, siendo el encargado del comienzo y amplificación de la inflamación.

Estos datos entre otros de su estudio muestran que el cuerpo humano, cuando vapea experimenta una carga inflamatoria en su sistema circulatorio [5].

En el trabajo realizado por Anusha Chidharla y colaboradores, encontraron que los fumadores de cigarrillos electrónicos frente a los tradicionales son, de una forma significativa ($p < 0,0001$), principalmente jóvenes y mujeres. Otros datos relevantes que se extraen del presente artículo es que los fumadores de cigarrillos electrónicos tienen menor posibilidad de padecer cáncer frente a los fumadores de cigarrillos tradicionales ($p < 0,0001$) [6].

Sin embargo, los que padecen de cáncer lo hacen a una edad más temprana. Las variantes de cáncer desarrolladas, de forma significativa ($p < 0,0001$), de los fumadores de cigarrillos electrónicos frente a los tradicionales son de cuello de útero, tiroides, piel (no melanoma) [6].

Según el estudio de Anusha Chidharla et al., en comparación con personas no fumadoras, las personas que usen el cigarrillo electrónico tienen 2 veces más riesgo de desarrollar cáncer; mientras que las personas fumadoras de cigarrillos tradicionales tienen un 1,96 veces más de riesgo de padecer cáncer frente a personas no fumadoras [6].

Con respecto al papel preventivo de la enfermería, Joan Holden y Darlie Simeron formaron a 8 enfermeras en una técnica propia de entrevista y posterior derivación a tratamiento. Estas enfermeras posteriormente aplicaron, durante 90 días, lo aprendido sobre 103 alumnos estadounidenses que remitían haber consumido cigarrillos electrónicos; ofreciéndoles derivaciones a otros educadores para la salud si así lo requerían. Esta técnica de entrevista y posterior tratamiento reflejó aumentar la confianza de la enfermería a la hora de hablar de cigarrillos electrónicos y así poder dar una mejor atención a los usuarios que lo soliciten [7].

En otro estudio de Stephanie Schrader y sus colaboradores demuestra que la visualización de un vídeo informativo en una consulta primaria no aumenta la percepción del riesgo o el posible beneficio que se puede obtener de un cigarrillo electrónico. Sin embargo, el usar una técnica como la visualización de un vídeo si incrementa de forma significativa ($p < 0,001$) el hecho de que se genere un debate y hablar con más población sobre estos; siendo una herramienta de educación para la salud útil [8].

5 Discusión-Conclusión

Pese a que los artículos revisados apuntan a que los biomarcadores pro-inflamación y el estrés oxidativo se ven incrementados con la utilización de cigarrillos electrónicos [4-6], la investigación de Marina Michón et al. apunta que esto solo sucede en caso de dosis muy altas y con el cigarrillo electrónico a alta potencia. Además, Marina Michón y colaboradores afirman que, pese a no haber citotoxicidad o elevación de marcadores como la ROS, el incluir en el líquido electrónico canela y tener el cigarrillo electrónico a alta potencia que produce un incremento de la interleucina 8 (factor pro-inflamación), sí que se ve incre-

mentado de forma significativa [3].

En el papel preventivo, pese a que técnicas de visionado de vídeos en consultas de atención primaria puedan no disminuir significativamente la percepción de riesgo por parte de los consumidores, que pueden ayudar a generar un debate que permita instruir mejor al paciente para lograr el objetivo de la enfermería [8].

Además, hay emplazamientos como la urgencia donde enfermería debe conocer e instruir a pacientes y familiares sobre los efectos tóxicos y riesgos del consumo de cigarrillos electrónicos [9].

Para ganar en este debate, y tener unas enfermeras conocedoras de todos los riesgos, hay estudios como el de Joan Holden o el de Jenny A. Prochnow que muestran técnicas de entrevistas o ejercicios para conocer mejor los componentes de los cigarrillos electrónicos, sus efectos y cómo transmitirlos a la población; consiguiendo seguridad en el personal de enfermería para tratar el tema con los pacientes [7,10].

En conclusión:

- El uso de cigarrillos electrónicos sí que parece comportar riesgos sobre nuestro organismo, especialmente cardiovasculares, de inflamación endoteliales y pulmonares.
- La enfermería tiene un gran papel preventivo desde varios sectores. Además, puede instruirse en nuevas técnicas para trasladar las preocupaciones sanitarias a la población consumidora de cigarrillos electrónicos.

6 Bibliografía

1. Raja, A. Zelikoff, JT. Jaimes, EA. A contemporary review of nephrotoxicity and e-cigarette use. *Current Opinion in Toxicology* [Internet]. septiembre de 2022;31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S24682022000444?via%3Dihub>
2. Snoderly, HT. Nurkiewicz, TR. Bowdridge, EC. Bennewitz, MF. E-Cigarette Use: Device Market, Study Design, and Emerging Evidence of Biological Consequences. *International Journal of Molecular Sciences* [Internet]. noviembre de 2021;22(22). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/22/12452>
3. Michon M et al.. In Vitro Biological Effects of E-Cigarette on the Cardiovascu-

lar System—Pro-Inflammatory Response Enhanced by the Presence of the Cinnamon Flavor. *Toxics* [Internet]. diciembre de 2022; 10(12):784. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2305-6304/10/12/784>

4. Caporale, A. et al. Acute Effects of Electronic Cigarette Aerosol Inhalation on Vascular Function Detected at Quantitative MRI. *Radiology* [Internet]. agosto de 2019; 293(1). Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2019190562>

5. Chatterjee, S. et al. Acute e-cig inhalation impacts vascular health: a study in smoking naïve subjects. *American Journal of Physiology* [Internet]. enero de 2021; 320:144-158. Disponible en: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpheart.00628.2020>

6. Chidharla, A. et al. Cancer Prevalence in E-Cigarette Users: A Retrospective Cross-Sectional NHANES Study. *World Journal of Oncology* [Internet]. febrero de 2022; 13(1):20-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35317331/>

7. Holden, J. Simerson D. Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) by nurses to college students who use electronic cigarettes. *Journal of American College Health* [Internet]. junio de 2021;71(5):1361–6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07448481.2021.1927050?needAccess=true>

8. Schrader, S. Merten MM. Meyer AF. Enhancing Adolescent Risk Perception of Electronic Cigarette Use. *Journal of Doctoral Nursing Practice* [Internet]. 2021;14(3):186–92. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjdn/14/3/186>

9. Simerson D. What the Advanced Practice Nurse in the Emergency Department Needs to Know About the Health Risks and Hazards of Electronic Cigarette Use by Youth. *Advanced emergency nursing journal* [Internet]. 2018;40(1):36–44. Disponible en: https://journals.lww.com/aenjournal/abstract/2018/01000/what_the_advanced_practice_nurse_in_the_emergency.8.aspx

10. Prochnow JA. E-cigarettes: A Practical, Evidence-based Guide for Advanced Practice Nurses. *The Journal for Nurse Practitioners* [Internet]. 2017;13(7):449–55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415517302696?via%3Dihub>

Capítulo 89

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

ALBA LÓPEZ MARTIN

NATALIA AMATE ESCABIAS

CELIA ARROYO MOLINA

BLANCA HERRERO ALCAIDE

LAURA VARGAS BEAMUD

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

Describir e indicar el rol que tiene la unidad de enfermería ante los enfermos terminales de los diferentes centros hospitalarios.

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

Todos los profesionales de la salud participan en el tratamiento de la curación de los pacientes, pero cuando se habla del paciente terminal, es necesario alcanzar la máxima perfección del cuidado. Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen la obligación de tener los conocimientos adecuados y actualizados y de no olvidar la dimensión espiritual de las personas. Ya que trabajar con esta dimensión espiritual hace que los pacientes terminales sientan que el personal sanitario se preocupa por ellos y en sí mismo es terapéutico. El personal de enfermería debe tratar al paciente con hospitalidad, presencia y compasión, dando esperanza, y que se sientan arropados, que no piensen que están solos. No hablamos de dar falsa esperanza, esto sería contraproducente, sería mentirle.

Estos pacientes saben que su final está cerca, es necesario en las reuniones posteriores utilizar herramientas para promover una comunicación terapéutica que destaque la empatía, escucha activa, permitir preguntas abiertas, mostrar autenticidad y coherencia. Las enfermeras en su ámbito profesional buscan ser fuertes para apoyar a los pacientes y familiares en momentos de vulnerabilidad. Además las enfermeras consideran que no es profesional mostrar sus emociones, intentan usar estrategias para mantener una relación lejana. Es una lucha en la que las enfermeras siempre se sienten perdedoras, porque si muestran sus emociones y se encuentran en el medio humano se sienten malas profesionales ,pero si no lo hacen se sienten malas personas. El entorno hospitalario se considera como desfavorable respecto al derecho humano por falta de entornos acondicionados para pacientes y familiares, por la existencia de reglas estrictas y recursos para la prestación de servicios enfocados al alargamiento de la fase terminal como rutina sin tener en cuenta los principios morales.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la manera en la que se realizan los cuidados de Enfermería en la última etapa del paciente terminal, no solo por ellos, sino porque esos cuidados permanecen en la mente de los familiares que continúan viviendo. En el sistema de salud, la etapa crónica o terminal se vuelve cada vez más importante. Para la enfermera, la existencia de pacientes terminales es un desafío porque los pacientes y sus familias tienen necesidades muy diferentes durante todo el curso de la enfermedad y concretamente en el momento de la muerte. Los hospitales de áreas generales tienen suficiente conocimiento sobre qué son y qué cubren los cuidados a los pacientes terminales porque están relacionados con pacientes a los que están acostumbrados a tratar y de esta manera se brinda una atención excepcional.

6 Bibliografía

- <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 90

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA RELIZACIÓN DE UNA GAMMAGRAFÍA

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La gammagrafía, también conocida como gammagrafía nuclear, es una técnica de diagnóstico por imágenes que se utiliza ampliamente en la medicina para detectar y evaluar una variedad de condiciones médicas. Esta técnica se basa en la detección de radiación gamma emitida por un radiofármaco, una sustancia radiactiva inyectada o ingerida por el paciente. La gammagrafía es una herramienta valiosa porque permite obtener imágenes funcionales de órganos y tejidos internos, lo que complementa la información proporcionada por otras técnicas de diagnóstico por imágenes, como la radiografía o la resonancia magnética.

Durante una gammagrafía, el radiofármaco se acumula en el área de interés, emitiendo radiación gamma detectable por una cámara especial llamada gamma cámara. Esta cámara captura imágenes en tiempo real, lo que permite a los médicos

observar la función y la distribución del radiofármaco en el cuerpo del paciente. La gammagrafía se utiliza en una variedad de aplicaciones médicas, incluyendo la evaluación de la función cardíaca, la detección de tumores, la evaluación de la función tiroidea y la identificación de trastornos óseos, entre otros usos.

La gammagrafía es una herramienta diagnóstica valiosa que ha revolucionado la forma en que los médicos evalúan y tratan diversas condiciones médicas. Proporciona información detallada sobre la función de los órganos y tejidos, lo que permite un diagnóstico temprano y preciso. A lo largo de los años, esta técnica ha contribuido significativamente a mejorar la atención médica y a brindar a los pacientes un enfoque más personalizado en su tratamiento.

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 gammagrafía es una técnica de diagnóstico médico que involucra la administración de un radiofármaco al paciente y la posterior obtención de imágenes mediante una cámara gamma especializada. El enfermero desempeña un papel crucial en la preparación y realización de este procedimiento, asegurando la seguridad del paciente y la calidad de las imágenes obtenidas. A continuación, se describen las funciones del enfermero en la realización de una gammagrafía:

Evaluación previa al procedimiento: El enfermero revisa el historial médico del paciente y evalúa cualquier alergia o reacción previa a radiofármacos. Esta evaluación garantiza la seguridad del paciente y ayuda a seleccionar el radiofármaco adecuado para el estudio.

Educación del paciente: El enfermero explica al paciente en qué consistirá el procedimiento, incluyendo la administración del radiofármaco y la adquisición de imágenes. Proporciona información sobre la duración del procedimiento y las precauciones necesarias.

Preparación del radiofármaco: El enfermero se encarga de preparar el radiofármaco siguiendo estrictas normas de seguridad y control de calidad. Debe garantizar la dosis correcta y la integridad del radiofármaco.

Administración del radiofármaco: El enfermero administra el radiofármaco al paciente, generalmente por vía intravenosa u oral, siguiendo las pautas y el tiempo adecuado para la absorción y distribución del mismo en el cuerpo.

Preparación del paciente para las imágenes: El enfermero colabora en la preparación del paciente para la adquisición de imágenes, lo que puede incluir cambiar la ropa del paciente y posicionarlo de manera adecuada en la mesa de exploración.

Colaboración durante la gammagrafía: El enfermero puede estar presente durante la adquisición de imágenes para garantizar la comodidad y la seguridad del paciente. Esto incluye la supervisión de la posición del paciente y la asistencia en caso de necesitar reposicionamiento.

Registro y documentación: El enfermero registra la información relevante, como la hora de administración del radiofármaco y cualquier reacción adversa. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la evaluación del procedimiento.

Postcuidado: Después del procedimiento, el enfermero monitorea al paciente en busca de posibles efectos secundarios y proporciona la atención necesaria. También instruye al paciente sobre cualquier precaución que deba tomar después de la gammagrafía.

Colaboración interprofesional: El enfermero trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y el técnico en medicina nuclear para garantizar la calidad de las imágenes y la seguridad del paciente.

La gammagrafía es una herramienta diagnóstica valiosa en la medicina moderna, y el enfermero juega un papel fundamental en su realización. Su enfoque en la seguridad del paciente, la preparación adecuada y la colaboración con otros profesionales de la salud garantizan un procedimiento exitoso y el bienestar del pa-

ciente.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una gammagrafía de manera efectiva y segura, es fundamental seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial estar bien informado sobre los procedimientos específicos y los radiofármacos que se utilizarán. Mantenerse actualizado con las pautas y protocolos de seguridad es crucial.

En segundo lugar, la comunicación con el paciente es clave. Asegúrate de proporcionar una explicación clara y comprensible del procedimiento, respondiendo a todas las preguntas y preocupaciones del paciente. La empatía y el apoyo emocional son igualmente importantes, ya que algunos pacientes pueden experimentar ansiedad.

En tercer lugar, trabaja en equipo. Colabora estrechamente con los técnicos en medicina nuclear y otros profesionales de la salud. Una comunicación fluida garantizará una coordinación eficiente durante el procedimiento.

Por último, presta especial atención a la seguridad radiológica y a las normas de protección radiológica. Minimiza la exposición innecesaria a la radiación tanto para ti como para el paciente.

Siguiendo estas recomendaciones, puedes contribuir a una gammagrafía exitosa y brindar un cuidado de alta calidad al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 91

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE HEMORROIDES GRAVES

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Las hemorroides graves, también conocidas como hemorroides de tercer y cuarto grado, son una afección médica que involucra la inflamación y el agrandamiento anormal de las venas en el área del ano y el recto. Las hemorroides son un problema común, pero las graves pueden causar síntomas significativos y afectar la calidad de vida del paciente.

En el sistema médico, las hemorroides se clasifican en cuatro grados según su gravedad:

Grado I: Las hemorroides de primer grado son las menos graves y generalmente no causan síntomas notables. Las venas están ligeramente inflamadas y pueden sangrar ocasionalmente.

Grado II: Las hemorroides de segundo grado pueden sobresalir durante las evacuaciones intestinales y luego regresar a su posición normal. Pueden causar sangrado y molestias.

Grado III: En las hemorroides de tercer grado, los tejidos hemorroidales se protruyen durante las evacuaciones intestinales y deben ser empujados nuevamente manualmente. El sangrado, el dolor y la incomodidad son comunes.

Grado IV: Las hemorroides de cuarto grado son las más graves. Los tejidos hemorroidales permanecen prolapsados constantemente fuera del ano y no se pueden reinsertar. Esto puede causar dolor intenso, sangrado y complicaciones.

Las hemorroides graves pueden requerir tratamiento médico o incluso cirugía para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones graves, como trombosis hemorroidal o necrosis de los tejidos. Es importante buscar atención médica si se sospecha la presencia de hemorroides graves, ya que un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden mejorar significativamente la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones a largo plazo.

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 papel del enfermero en la intervención de un paciente con hemorroides graves es crucial para brindar alivio de los síntomas, acelerar la recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente. A continuación, se describen las funciones del enfermero en esta situación:

Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación completa del paciente para determinar la gravedad de las hemorroides y cualquier otra afección médica relevante. Esto incluye preguntar sobre síntomas, realizar un examen físico y revisar la historia médica.

Educación del paciente: El enfermero educa al paciente sobre las hemorroides, su causa y los factores de riesgo. Proporciona información sobre el manejo de los síntomas, incluyendo recomendaciones dietéticas, cambios en el estilo de vida y el uso de medicamentos recetados o de venta libre.

Manejo del dolor: Las hemorroides graves pueden causar dolor significativo. El enfermero administra medicamentos analgésicos según sea necesario y enseña al paciente técnicas de alivio del dolor, como la aplicación de compresas frías o tibias.

Control de sangrado: El sangrado es un síntoma común en las hemorroides graves. El enfermero enseña al paciente a identificar cuándo el sangrado es normal y cuándo podría indicar una complicación. También proporciona información sobre cómo detener el sangrado y cuándo buscar atención médica urgente.

Cuidado de heridas: En casos graves, las hemorroides pueden desarrollar úlceras o fisuras. El enfermero se encarga del cuidado de estas heridas, incluyendo la limpieza y la aplicación de apósitos.

Preparación para la cirugía: En algunos casos, se puede recomendar una cirugía para tratar las hemorroides graves. El enfermero prepara al paciente para la intervención quirúrgica, explicando el procedimiento, las opciones anestésicas y los cuidados postoperatorios.

Apoyo emocional: Las hemorroides graves pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y la comodidad del paciente. El enfermero ofrece apoyo emocional al escuchar las preocupaciones del paciente y proporcionar un ambiente de cuidado comprensivo.

Seguimiento y educación continua: Después de la intervención, el enfermero realiza un seguimiento regular para evaluar la evolución del paciente y asegurarse de que esté siguiendo las recomendaciones médicas. La educación continua sobre la prevención de futuras hemorroides es esencial.

El enfermero juega un papel esencial en el cuidado integral del paciente con hemorroides graves. Su enfoque en la evaluación, el alivio del dolor, el control

del sangrado y el apoyo emocional contribuye en gran medida a la recuperación exitosa del paciente y a mejorar su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

En la intervención con pacientes que presentan hemorroides graves, es fundamental brindar un enfoque holístico y comprensivo. Mi primera recomendación es mantener una comunicación abierta y empática con el paciente. Escuchar sus preocupaciones y responder a sus preguntas de manera clara y comprensible es esencial para aliviar la ansiedad y construir una relación de confianza.

En segundo lugar, enfatizo la importancia de seguir rigurosamente las pautas y recomendaciones médicas. Esto incluye cumplir con los medicamentos, cambios en la dieta y el estilo de vida, y cualquier terapia o cirugía recomendada. También es vital realizar un seguimiento cercano con el profesional de la salud y comunicar cualquier cambio en los síntomas de inmediato.

Además, el autocuidado juega un papel significativo en el manejo de las hemorroides graves. Alentar al paciente a mantener una dieta rica en fibra, mantenerse hidratado y realizar actividad física regular puede ayudar a prevenir futuros episodios. Brindar apoyo emocional y recordar que la mayoría de las personas experimenta alguna forma de este problema en su vida puede ser reconfortante. En conjunto, estas recomendaciones ayudarán al paciente a sobrellevar y gestionar de manera efectiva las hemorroides graves.

6 Bibliografía

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

Capítulo 92

COMETIDO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INFARTO CEREBRAL

CAMILA MARÍA TERCERO ABAD

MARINA MORALES QUIRALTE

ELENA MARTINEZ ALFARO

PAULA MONREAL BRUNNER

NEREA MÁRQUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

El infarto cerebral, también conocido como accidente cerebrovascular isquémico o ictus isquémico, es una afección médica grave que ocurre cuando el flujo sanguíneo hacia una parte del cerebro se interrumpe debido a la obstrucción de una arteria cerebral. Esto lleva a la falta de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales, lo que puede causar daño cerebral irreversible en cuestión de minutos.

Los infartos cerebrales son un problema de salud significativo en todo el mundo y pueden tener consecuencias devastadoras, como pérdida de habilidades motoras, dificultades en el habla, trastornos cognitivos e incluso la muerte. Los factores de riesgo incluyen hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, tabaquismo y antecedentes familiares.

Los síntomas del infarto cerebral pueden variar según la ubicación y la extensión del daño cerebral, pero comúnmente incluyen debilidad o parálisis en un lado del cuerpo, dificultad para hablar o entender el lenguaje, problemas de visión, mareos y pérdida del equilibrio. El tratamiento temprano es esencial para minimizar el daño cerebral, y generalmente implica el uso de medicamentos para disolver los coágulos (trombolíticos) o procedimientos de intervención vascular para restaurar el flujo sanguíneo.

La prevención desempeña un papel crucial en la reducción del riesgo de infarto cerebral, y esto incluye el control de los factores de riesgo y la promoción de un estilo de vida saludable. El conocimiento sobre los síntomas y la rápida búsqueda de atención médica en caso de sospecha de un infarto cerebral son fundamentales para mejorar las perspectivas de recuperación.

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 papel del enfermero en el cuidado del paciente con infarto cerebral es de suma importancia para garantizar una atención integral, segura y efectiva. Aquí se detallan las funciones clave del enfermero en esta situación:

Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación completa del paciente para determinar la gravedad del infarto cerebral y cualquier otro problema médico. Esto incluye medir la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la temperatura y realizar una evaluación neurológica para evaluar la función cerebral y la capacidad de respuesta.

Monitorización continua: La monitorización constante es esencial para detectar cualquier cambio en el estado del paciente. Esto implica observar signos vitales, la función respiratoria y el nivel de conciencia de manera regular.

Administración de medicamentos: El enfermero administra medicamentos según lo ordenado por el médico. Esto puede incluir anticoagulantes, agentes antiplaquetarios y medicamentos para controlar la presión arterial. Además, se pueden administrar medicamentos para el alivio del dolor y para prevenir complicaciones, como convulsiones.

Manejo de la vía aérea y la respiración: Si el paciente presenta dificultad respiratoria o compromiso de la vía aérea, el enfermero toma medidas para mantener una vía aérea permeable y garantizar una adecuada oxigenación.

Prevención de complicaciones: El enfermero trabaja activamente en la prevención de complicaciones, como úlceras por presión, trombosis venosa profunda y neumonía. Esto incluye la movilización temprana del paciente, cambios de posición frecuentes y la administración de anticoagulantes según sea necesario.

Apoyo emocional y educación: El diagnóstico de un infarto cerebral puede ser abrumador para el paciente y la familia. El enfermero brinda apoyo emocional y educa a la familia sobre la afección, el tratamiento y las expectativas de recuperación.

Rehabilitación temprana: La rehabilitación comienza en las primeras etapas del tratamiento. El enfermero trabaja en conjunto con el equipo de rehabilitación para iniciar ejercicios de movilidad y terapia ocupacional según las capacidades del paciente.

Comunicación interprofesional: El enfermero colabora estrechamente con médicos, terapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada y centrada en el paciente.

Educación al paciente y la familia: Se proporciona educación sobre la prevención de futuros episodios, la importancia de la adherencia al tratamiento y la promoción de un estilo de vida saludable.

Seguimiento y planificación del alta: El enfermero se asegura de que el paciente tenga un plan de cuidados continuos después del alta hospitalaria y coordina los servicios necesarios, como terapia física y visitas de seguimiento médico.

La atención al paciente con infarto cerebral es un desafío complejo que requiere un enfoque multidisciplinario. El enfermero desempeña un papel esencial en la atención continua y en la mejora de la calidad de vida del paciente durante su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para el paciente que ha experimentado un infarto cerebral, es fundamental enfocarse en la recuperación y la prevención de futuros episodios. Mi primera recomendación es seguir de cerca las indicaciones médicas y tomar los medicamentos según lo recetado. Esto incluye anticoagulantes, antiplaquetarios y otros fármacos que ayudan a prevenir la formación de coágulos sanguíneos y controlar la presión arterial.

En segundo lugar, fomentar un estilo de vida saludable es esencial. Esto implica mantener una dieta equilibrada y baja en sal, hacer ejercicio regularmente (si es aprobado por el médico), y dejar de fumar si es fumador. Además, es importante controlar los factores de riesgo como la diabetes y la hipertensión. Finalmente, no subestime la importancia del apoyo emocional. Comparta sus preocupaciones y sentimientos con su red de apoyo y considere unirse a un grupo de apoyo de personas que hayan pasado por experiencias similares. Con el cuidado adecuado y el compromiso con un estilo de vida saludable, es posible mejorar la calidad de vida después de un infarto cerebral.

6 Bibliografía

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

Capítulo 93

ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO POR ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

ALEXANDRA LAZAR

VIRGINIA MERINO GARCIA

DAVID RONCERO GARCIA

FRANCISCO LÓPEZ CANO

JULIA CASTELLANOS FRANCO

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad caracterizada por un déficit en la secreción de insulina o una acción deficitaria de la misma, se produce una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos, dando lugar a la presencia de hiperglucemia crónica. En el caso de la DM tipo 1 se debe a la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas mientras que en la DM tipo 2 la causa principal es la resistencia que ofrece el músculo y el tejido graso a la insulina (1). Esta patología es un problema de salud pública y puede conllevar múltiples complicaciones tanto micro como macrovasculares (2).

Los pacientes diabéticos son susceptibles en mayor medida a la aparición de lesiones y úlceras en los pies (pie diabético), que pueden complicarse dando lugar a

infección, gangrena o incluso llegar a la destrucción de tejidos profundos que den lugar a una pérdida funcional del miembro afectado y la amputación del mismo. Son multifactoriales, relacionándose sobre todo con la neuropatía diabética y la enfermedad arterial periférica (2).

Es importante que el paciente esté adecuadamente informado del cuidado y la observación diaria de sus pies con el fin de identificar los factores de riesgo que puedan evitar complicaciones asociadas a la diabetes mellitus. Es por eso que se debe realizar una continua evaluación integral del paciente para obtener un diagnóstico temprano y establecer una intervención directa tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria (2).

2 Objetivos

- Dar a conocer la prevención y el tratamiento del síndrome del pie diabético.
- Identificar las complicaciones del síndrome del pie diabético.

3 Metodología

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica que se ha realizado buscando información de interés en diferentes bases de datos: Google académico, Scielo, Pubmed.

Para la búsqueda se emplearon palabras clave como: “diabetes mellitus”, “complicaciones”, “síndrome del pie diabético”, “prevención”, “estilos de vida”.

Con la literatura encontrada se realizó una revisión seleccionando los artículos más relevantes acordes al tema seleccionado.

4 Resultados

Los pacientes con DM pueden presentar signos y síntomas claros de la enfermedad lo cual facilita el diagnóstico o por el contrario pueden ser asintomáticos y recibir el diagnóstico de forma casual a través de una exploración analítica rutinaria (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define pie diabético como: “infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos de la extremidad inferior, asociados con alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica”. Se trata de una alteración cuyo origen es mayormente neuropático y se desencadena por un aumento de glucosa en sangre mantenido en el tiempo

y asociado a eventos isquémicos secundarios que producen lesión, ulceración y pueden provocar destrucción articular del tobillo y pie (2).

Los factores de riesgo para desarrollar pie diabético son los siguientes: neuropatía periférica, higiene insuficiente, deformidad, adulto mayor, presión plantar elevada, insuficiente control metabólico, hiperqueratosis, tabaquismo, amputación previa, onicomycosis con deformidad de la uña, calzado inadecuado y pérdida propioceptiva.

Se debería realizar un control cada 6 meses en aquellos pacientes que presenten 2 o más factores de riesgo y cada 3 meses en aquellos que presenten 4 o más factores de riesgo (2).

Algunos de los factores que generan la aparición del pie diabético son los siguientes (2):

- Factores desencadenantes: úlcera neuropática, sobreinfección de las úlceras, celulitis o artritis séptica.
- Factores agravantes: nivel de respuesta al umbral del dolor, tipo de foco aplicado, capacidad del tejido.
- Factores predisponentes: atrofia muscular temprana, sequedad de la piel, isquemia de tejidos.

Además, existen unos factores extrínsecos que influyen del mismo modo: causas mecánicas, térmicas y químicas que pueden ser originadas por el uso de un calzado inadecuado. El factor térmico se produce a causa de la pérdida de sensibilidad al calor por la neuropatía, es por ello que algunos pacientes se exponen de forma prolongada a temperaturas elevadas como por ejemplo el agua caliente y no notan la sensación de calor y dolor que normalmente aparece y provoca el reflejo de retirada, causándoles lesiones y quemaduras (2).

Los factores intrínsecos incluyen las deformidades previas del pie como pueden ser los dedos en martillo, hallux valgus, etc. Estas deformidades aumentan la presión del pie y causa lesiones de repetición (2).

Con respecto a la prevención de las complicaciones en pacientes con diabetes, es importante educar a los pacientes y proporcionar herramientas para su autocuidado (2,3):

- Revisión diaria de los pies en búsqueda de heridas, resequedad, infección, lesiones interdigitales. Deben emplear un espejo o solicitar la colaboración de otra persona.
- Prevenir la sequedad de la piel aplicando cremas.
- Higiene diaria con agua tibia, comprobando con el codo la temperatura para evitar quemaduras.
- Secado minucioso de los pies, especialmente en las regiones interdigitales. Evitar

frotarlos vigorosamente, secarlos dando golpecitos suaves.

- Uso de zapatos cómodos y de talla adecuada para evitar roces y deformaciones.
- No caminar sin zapatos puesto que pueden no sentir pequeñas piedritas u objetos atrapados en el pie.
- Cortar las uñas de los pies rectas para evitar la aparición de uña encarnada.
- No usar soluciones antisépticas.
- Evitar el consumo de tabaco puesto que daña los vasos sanguíneos y reduce la capacidad del cuerpo para transportar oxígeno.
- Control de la glucemia y de los factores de riesgo cardiovasculares asociados.
- Valoración por profesionales sanitarios.

El manejo de las úlceras del pie diabético sin presencia de zonas amplias de necrosis, puede ser abordado de forma ambulatoria por el servicio de atención primaria. Se emplean diferentes técnicas para el control bacteriano local de la úlcera y para estimular su cicatrización. La úlcera del pie diabético es considerada una herida contaminada, hipovascular con un componente neuropático por lo que su cierre será por segunda intención y es preciso corregir cada uno de los factores que desencadenaron la úlcera, comenzando por el control de la enfermedad de base, la diabetes (2). El objetivo principal es la implementación de terapia antibiótica acompañada de desbridamiento quirúrgico (4).

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras del pie en pacientes diabéticos suponen un problema de salud comunitaria el cual genera un elevado gasto tanto para el paciente, los familiares y el sistema de salud. Esta patología constituye la primera causa de amputación de origen no traumático de los miembros inferiores (4).

La mayoría de las complicaciones en los pies que sufren los pacientes diabéticos se relacionan con el daño de los nervios y la mala circulación. Las consecuencias pueden ir desde la hospitalización a la amputación del miembro afectado (3).

Es de vital importancia realizar una evaluación integral del paciente con el objetivo de diagnosticar de forma temprana las complicaciones microvasculares de la diabetes (retinopatía, nefropatía, pie diabético, etc.). Por tanto, se debe monitorizar continuamente a los pacientes frente a las múltiples complicaciones asociadas a la diabetes y localizar los factores de riesgo para establecer un plan de cuidados adecuado (1).

El tratamiento es individualizado y debe comprender una adecuada educación diabetológica, un adecuado control metabólico cumpliendo la dieta, los ejercicios

y el tratamiento correspondiente de la DM, la adecuada identificación de los factores de riesgo y el cuidado de los pies atendiendo a las recomendaciones de los profesionales sanitarios (5).

6 Bibliografía

1. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2002 [15/08/2023]; 55 (5): 528-535. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(02\)76646-3](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(02)76646-3).
2. Triana-Ricci R, Martínez-de-Jesús F, Aragón-Carreño MP, Saurral R, Tamayo-Acosta CA, García-Puerta M, et al. Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. ELSEVIER [Internet]. 2021 [15/08/2023]; 35 (4): 303-329. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-recomendaciones-manejo-del-paciente-con-S0120884521000882>.
3. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Cuidado del pie diabético (Care of the diabetic foot). OrthoInfo [Internet]. 2013 [15/08/2023]. Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/treatment/cuidado-del-pie-diabetico-care-of-the-diabetic-foot/>.
4. Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Evaluación y tratamiento del pie diabético. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 [15/08/2023]; 10(3): 176-187. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000300008&lng=es.
5. Sell Lluveras JL, Miguel Domínguez I. Guía práctica para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome del pie diabético. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2001 [15/08/2023] ; 12(3): 188-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000300008&lng=es.

Capítulo 94

COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA. PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS GENERALES.

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

Una ostomía es una abertura externa artificial de un órgano hacia la superficie corporal. Existen diferentes tipos de ostomías dependiendo de la zona en la que se realice, como son colostomías, ileostomías, traqueostomías, ureterostomías, entre las más frecuentes.

Es una técnica remota, ya que, a principios del año 1900, W. E. Miles trató con pacientes en lo que se les realizó una ostomía, más concretamente una colostomía a causa de un cáncer rectal. Hasta el momento, esta intervención quirúrgica es conocida como “operación de Miles”. También, cabe destacar que, respecto a las ileostomías, fue J. Y. Brown quien en el año 1913 realizó este procedimiento para tratar a un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

La ileostomía es la abertura externa de una parte del íleon (última porción del intestino delgado) y la colostomía es la abertura externa de una porción del colon. Ambas ostomías se realizan por diversas causas como pueden ser: fallo del esfínter anal, intervención quirúrgica a nivel del colon-recto en la que no se recomienda unir ambos órganos (anastomosis), obstrucción, perforación, presencia de un tumor, entre otras.

Tanto la ileostomía como la colostomía pueden realizarse de forma permanente o temporal, dependiendo siempre de la causa por la que se produzca.

El hecho de realizar una ostomía a un paciente tiene diversas consecuencias, por ello, si no nos encontramos en una situación de urgencia, es importante que se junte un equipo multidisciplinar en este tema y expliquen al paciente sus beneficios y consecuencias para llevar a cabo esta intervención que impacta tanto y supone un gran cambio en la vida del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Explicar el procedimiento de realización de una colostomía e ileostomía.
- Conocer los cuidados generales de una colostomía y una ileostomía.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de varios artículos en diferentes bases de datos como Pubmed, Google Académico y Medline, seleccionando artículos tanto en español como en inglés y del año 2018 hasta la actualidad. Las palabras utilizadas para realizar la búsqueda bibliográfica de los diferentes artículos seleccionados se han buscado en la biblioteca virtual descriptores ciencias de la salud (DeCS), uniendo las palabras seleccionadas con operadores booleanos OR y AND.

4 Resultados

El método que se lleva a cabo para realizar tanto una ileostomía como una colostomía es a través de una intervención quirúrgica mediante anestesia general. Estas ostomías se pueden realizar a través de una incisión a nivel abdominal o mediante laparoscopia.

En el caso de la colostomía, una porción del colon (ascendente, transverso o descendente) se exterioriza en el abdomen, comúnmente en el lado izquierdo. Cuando el intestino lo tenemos en el exterior se sutura a la piel, conociendo este tramo como estoma. En el caso de la ileostomía el procedimiento sería similar, pero cambiando la porción que exteriorizamos, en este caso el íleon.

Respecto a los cuidados generales de una ostomía del aparato digestivo (colostomía, ileostomía) que hay que llevar a cabo son:

- Después de la intervención quirúrgica ha quedado un estoma en el abdomen y para ello hay que utilizar unas bolsas recolectoras para que el contenido fecal se desheche. Estas bolsas son impermeables y pueden ser de una pieza (disco y bolsa juntos) o de dos piezas (disco y bolsa por separado). El disco va a servir para que se adhiera bien a la piel y se eviten fugas. Para que el disco se fije bien al tamaño del estoma, hay que recortarlo en relación con el diámetro de nuestro estoma a través de una plantilla que nos proporcionarán en el hospital.
- Con respecto al vaciado de la bolsa (ya que no habría que cambiarla todos los días), habría que vaciarla cuando esté llena a la mitad aproximadamente.
- El cambio de bolsas y disco se hace cada 3-4 días, a no ser que se haya tenido alguna incidencia como fugas, que en este caso, habría que cambiarla en ese mismo momento, ya que si no se podría irritar la piel de alrededor del estoma causando escozor. En el caso de irritación cutánea existen diferentes sprays de barrera cutánea que ayudan a mejorar mucho la piel ejerciendo protección.
- Después de cada cambio de bolsa junto con el disco, la limpieza del estoma se haría con agua y jabón y secar bien con pequeños toques, nunca frotar.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, estos procedimientos son antiguos, ya que cómo hemos visto a lo largo del presente trabajo, en el siglo XX hubo varios casos de pacientes en los que se le realizaron esta técnica para tratar enfermedades del aparato digestivo. Es muy importante conocer estas técnicas porque, aunque no todo profesional sanitario trata con este tipo de pacientes, por desgracia, son muchos los casos nuevos en nuestra época y tenemos probabilidad de que alguna vez nos toque trabajar con ellos. Aparte del personal sanitario que trabaja en plantas de medicina interna, digestivo, consultas, especialistas en este tema, también cabe destacar los profesionales que trabajan en el ámbito de atención primaria para los primeros cuidados tras el alta hospitalaria, ya que son muchos los pacientes que acuden al centro de salud o consultorio local tras recibir el alta a su domicilio, porque, cómo es normal, aunque hayan recibido una buena educación sanitaria de pro-

fesionales especializados, son múltiples las dudas que les surgen al llegar a su hogar.

Es un procedimiento en el que se realiza con el paciente dormido mediante anestesia general, por lo que la persona no debe de tener miedo a esto. Sin embargo, es más el miedo al cambio de vida que se produce después de la intervención quirúrgica.

Los cuidados generales son cuidados sencillos, cómo ya se ha explicado anteriormente, que el paciente tiene que aprender a través de una educación sanitaria que recibe el paciente antes del alta hospitalaria tras la intervención, ya que en la mayoría de casos es un procedimiento permanente y el paciente tendrá que vivir con ello toda su vida.

6 Bibliografía

1. Ostomías. Disponible en: <http://www.medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf>
2. Cuidado de su ileostomía o colostomía. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/caring-for-your-ileostomy-colostomy>
3. Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6218a7125bd23art3.pdf>
4. Ileostomía. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007378.htm>
5. Comparison of protective colostomy vs ileostomy in rectal cancer surgery. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37200516/>

Capítulo 95

OXIUROS. SINTOMAS Y METODO DE DIAGNOSTICO, TEST DE GRAHAM

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

Los oxiuros son unos parásitos producidos por el Enterovirus vermicularis, el cual, es un neumátode que solo afecta al ser humano. Los oxiuros son una especie de lombriz muy pequeña, blanca y fina. Estos parásitos pueden habitar en el intestino grueso y en el recto de las personas. Es muy frecuente en los niños que van al colegio, guarderías...

El contagio de estos parásitos se puede producir fácilmente ya que su propagación es muy veloz. Si la persona que está contagiada toca su esfínter anal, los huevos pueden quedar en sus dedos, por lo que cualquier cosa que esa persona toque la va contagiando. Estos huevos pueden vivir hasta 14 días en superficies. Su infección puede ser directa, de un ser humano a otro ser humano, o, indirecta por medio de fómites.

Cuando una persona ingiere huevos de estos parásitos, estos huevos pasan al organismo depositándose en el intestino grueso generalmente. Cuando los huevos

eclosionan aparecen los oxiuros. Hay dos tipos de oxiuros, hembras y machos. Las hembras suelen medir alrededor de 1 centímetro y el macho suele tener una longitud inferior. La hembra es la que se encarga de poner los huevos en la zona anal y esto normalmente se produce durante la noche.

El método diagnóstico empleado se conoce como el Test de Graham.

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología que producen los oxiuros.
- Explicar el método diagnóstico de estos parásitos conocido como Test de Graham.
- Identificar el tratamiento de la oxiuriasis.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como son Dialnet, Pubmed, Medline y Google académico. Las palabras clave utilizadas se han buscado en la biblioteca virtual descriptores ciencias de la salud (DeCS) y se han combinado con los operadores booleanos AND y OR. Los criterios de inclusión para la correspondiente búsqueda han sido artículos desde el año 2017 hasta la actualidad y con idioma inglés y español.

4 Resultados

Respecto a los síntomas que padecen las personas infectadas por oxiuros son varias. Generalmente, las personas padecen prurito en la zona anal o incluso en personas de sexo femenino se han visto casos de prurito vaginal (a veces los oxiuros entran en la vagina al estar cerca del ano). Este picor que mayormente se produce en la noche, ya que es cuando los oxiuros hembras ponen los huevos, interfiere en el descanso nocturno produciendo insomnio y como consecuencia irritabilidad en la persona que lo sufre. Debido a ese picor intenso que se ocasiona, en consecuencia, se puede generar irritación de la piel y hasta infección cutánea de la zona. Además, otro de los síntomas que puede ocasionar es desgana y pérdida de peso. Incluso se han visto casos atípicos de apendicitis aguda debido a la oxiuriasis, a causa de que el parásito se ha localizado en el apéndice generando dicha inflamación, pero este último síntoma suele ser muy raro.

El método de diagnóstico se basa en la realización del Test de Graham. El procedimiento de esta prueba consiste en: usar un trozo de cinta adhesiva transparente (celo) y pegarlo en la zona perianal por la mañana al levantarse, antes de lavar la zona ni aplicar polvos de talco o pomadas, defecar o miccionar. A continuación, el trozo de cinta adhesiva que hemos utilizado se pegaría en un portaobjetos (que un profesional sanitario le habría proporcionado previamente) evitando que se formen burbujas y se llevaría al centro de salud para su transporte a un laboratorio y su correspondiente estudio.

El tratamiento oral es el método terapéutico utilizado para eliminar los oxiuros. Dicho tratamiento deberá ser recetado por un médico, aunque también existen otros tratamientos de venta libre. Este tratamiento eliminará los oxiuros, pero no los huevos. Para eliminar los huevos las medidas que hay que llevar a cabo son:

- Limpiar el baño todos los días
- Tener las uñas limpias y bien cortadas.
- Lavar la ropa íntima a diario.
- Higiene de manos antes y después de cada comida.
- Evitar el rascado en la zona anal.

5 Discusión-Conclusión

Cómo hemos visto a lo largo del trabajo, los oxiuros producen un síntoma muy típico de esta infección que es el picor.

Respecto al método diagnóstico se encuentra el Test de Graham que es una técnica muy sencilla de realizar y que además no es invasiva, por lo que es un punto a favor sobre todo para realizarlo en los niños que son quienes tienen más riesgo de padecer esta infección. Otro de los puntos favorables de este método es que no es muy caro, por lo que puede estar al alcance de todos.

En relación al tratamiento, a parte del tratamiento oral que es fácil de administrar, las medidas higiénicas que hay que llevar a cabo no suponen un gran trabajo por parte del paciente, por lo que debe de ser fácil de cumplir.

En definitiva, la infección por oxiuros ocasiona gran incomodidad, pero su método de combatir es fácil y asequible, por lo que son puntos positivos para eliminar estos parásitos de manera correcta.

6 Bibliografía

1. Revisión sobre las manifestaciones clínicas del parasitismo por oxiuros. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.>

12008/32850

2. Oxiuros. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001152.htm>

3. Infección por oxiuros. Enterobiasis. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965594>

4. The diagnosis and treatment of pinworm infection. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064642/>

5. Enterobius vermicularis (Pinworm) infection. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269369/>

Capítulo 96

TUBERCULOSIS. TIPOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. FACTORES DE RIESGO EN EL PROFESIONAL SANITARIO

ALICIA MÁRQUEZ TRUJILLO

RAQUEL MARTÍN GALLEGO

MARIA ANGELA VALERO MANCEBO

ESPERANZA SANCHEZ ORTIZ

ANGEL LUIS LAGUNA CARRERO

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad muy contagiosa producida por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*), en la que su incidencia es mayor en los países subdesarrollados, aunque tiene un gran impacto a nivel mundial. Esta enfermedad afecta mayormente a los pulmones, pero también puede afectar a nivel extrapulmonar como es al sistema nervioso central (más frecuente la meningitis tuberculosa), al sistema renal (2ª causa más frecuente), al sistema tegumentario, al sistema linfático, a nivel abdominal, etc.

Existen 2 situaciones de esta enfermedad:

- Enfermedad tuberculosa: en este caso hablaríamos de una tuberculosis activa, ya que el paciente presenta síntomas y puede contagiar la enfermedad. Algunos

de los síntomas generales son fiebre, sudores por la noche, pérdida de apetito y de peso, debilidad, malestar general... En el caso de la tuberculosis pulmonar (la más frecuente) los síntomas específicos son tos de una duración mayor a 3 semanas, dolor torácico o tos con expectoración con sangre o flemas.

- Tuberculosis latente: en este caso el paciente se encuentra infectado por la bacteria de la tuberculosis, pero no presenta síntomas ni puede transmitir la enfermedad.

En ambos casos es importante tratar la tuberculosis, ya que, en la tuberculosis latente, aunque el paciente no presente síntomas ni puede transmitir la enfermedad, tiene riesgo de convertirse en una tuberculosis activa a lo largo del tiempo, sobre todo si el paciente tiene alguna inmunodeficiencia, presenta diabetes, trastornos por drogas o alcohol, es una persona mayor o es menor de 5 años.

2 Objetivos

- Conocer las pruebas diagnósticas básicas para detectar la presencia de tuberculosis.
- Indicar los tratamientos para eliminar la bacteria que produce dicha enfermedad.
- Orientar sobre los factores de riesgo entre el personal sanitario y la tuberculosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la tuberculosis, diagnóstico, tratamiento y factores de riesgo entre el personal sanitario y la tuberculosis en diferentes bases de datos como Scielo, Google Académico, Pubmed y Medline. Los artículos seleccionados se han elegido en base a unos criterios de inclusión: pacientes con tuberculosis tanto latente como activa, artículos con idioma tanto en español como en inglés y año de publicación desde 2017 hasta el momento. Respecto a las palabras clave, se buscaron en la biblioteca virtual Descriptores Ciencia de la Salud (DeCS). Las palabras clave seleccionadas se combinaron con operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

Entre los métodos más básicos para diagnosticar la infección por tuberculosis se encuentran:

- Prueba de tuberculina o mantoux: procedimiento estudiado por Koch y explicada por Mantoux en el año 1912. Se basa en administrar 0,1 ml de PPD (proteína purificada) de *M. tuberculosis* (sustancias de bacilos tuberculosos) a nivel intradérmico, produciendo una reacción en la piel, presentando induración y eritema en 2-3 días. En esos días se valora la zona y se mide la induración. Si mide entre 5 mm y 10 mm se considerará positiva en función de si el paciente ha tenido contacto con un enfermo de tuberculosis. Si mide mayor a 10 mm se considera positiva.

- Prueba tuberculosa en sangre (IGRAS): prueba más reciente, específica y cómoda ya que el paciente no tiene que volver para nueva valoración, pero es de mayor coste. Se realiza a través de una extracción sanguínea y se mide la presencia del interferón gamma por los linfocitos al ser mezclados con los antígenos del bacilo. Estas dos pruebas diagnósticas sirven para saber si el paciente presenta la tuberculosis, pero no diferencian entre tuberculosis activa o latente.

En base al tratamiento utilizado se encuentran fármacos tanto orales como intravenosos. La OMS los clasifica según:

- Fármacos más utilizados y más eficaces por vía oral: rifampicina, isoniazida, etambutol, piracinamida...
- Fármacos vía oral pero menos utilizados que en el apartado anterior: protionamida, cterizidone, cicloserina...
- Inyectables: amikacina, kanamicina, viomicina, capreomicina y estreptomycin.
- Fluoroquinolonas.

Respecto a los factores de riesgo que tienen relación entre el personal sanitario y el contagio de la tuberculosis son múltiples. Algunos de ellos son:

- El profesional sanitario que trabaja en contacto con pacientes con la enfermedad de tuberculosis tiene mayor riesgo de contagio a mayor número de enfermos atendidos. El personal sanitario que trabaja con este tipo de pacientes deberá de llevar puesta una mascarilla FFP2.
- El contagio se incrementa cuando la zona en la que se atiende son zonas con poca luz y poca ventilación. Es muy importante que las salas donde se realizan broncoscopias (técnica con un alto riesgo de contagio) se encuentren capacitadas estructuralmente de forma correcta.
- Se ha visto que el personal sanitario con IMC menor a 19 kg/m² tiene más riesgo de contagio por tuberculosis activa debido a la desnutrición.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la tuberculosis es una de las enfermedades de mayor contagio a nivel mundial, más letal entre las enfermedades infecto-contagiosas y remota, que puede tener consecuencias graves si no se trata tanto si el paciente presenta síntomas (TB activa) como si no presenta síntomas (TB latente).

Las pruebas diagnosticas son fundamentales para determinar la infección. Como ya hemos visto anteriormente, existe la prueba básica del Mantoux, prueba antigua y aún efectiva en nuestros tiempos, pero con el tiempo, se van estudiando pruebas más específicas como es IGRA que ayudan a tener una probabilidad más baja de obtener resultados falsos negativos.

En especial, el personal sanitario tiene un gran riesgo de contagio, sobre todo, el profesional que trabaja con este tipo de pacientes. Por ello, es de gran importancia que las zonas de trabajo se encuentren preparadas para prevenir mayor número de casos de esta enfermedad y que el personal se encuentre equipado con su correspondiente EPI.

6 Bibliografía

1. Tuberculosis, ¿es la pandemia ignorada?. Disponible en: https://web.archive.org/web/20201005220331id_/https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2020/pt202g.pdf
2. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n4/e1990>
3. La tuberculosis a través de la historia: un enemigo de la humanidad. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2018000300353&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Tuberculosis (TB). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/tuberculosis.html>
5. Guidelines for the prevention and control of tuberculosis in health care workers/ Guías para la prevención y el control de la tuberculosis en los trabajadores de la salud. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26520610/>

Capítulo 97

ENFERMERÍA EN UNIDADES DE RADIODIAGNÓSTICO: PRODUCTOS DE CONTRASTE

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

Existe una gran variedad de fármacos, que podemos clasificar siguiendo diferentes criterios:

- Vía de administración: orales, intravenosos, etc.
- Indicación: según cuál sea su función.
- Presentación: sólidos, líquidos, granulados, etc.
- Estructura molecular.
- Acceso: si necesitan receta, si siguen procedimientos especiales para su obtención, etc.
- Según su financiación.
- Según su origen: plantas medicinales, radiofármacos, de origen humano, etc.

La forma más general de clasificarlos es atendiendo al sistema ATC. Se trata de un sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos en función del grupo anatómico donde actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco.

Este sistema se estructura en cinco niveles, que son:

- Grupo anatómico
- Grupo terapéutico
- Subgrupo terapéutico o farmacológico

- Grupo químico
- Principio activo o asociación farmacológica

En definitiva, cada principio activo tiene un código asignado formado por 7 dígitos alfanuméricos que se especifican en su ficha técnica y se pueden consultar en las diferentes bases de datos.

Los materiales de contraste son sustancias que se utilizan en exploraciones médicas de diagnóstico por la imagen para mejorar la visualización de alteraciones en el organismo. En este punto veremos qué tipos de productos de contraste existen, cómo se administran, en qué pruebas se emplean y cuáles son sus posibles efectos adversos.

2 Objetivos

Conocer cómo el personal de enfermería que hay unidades de radiodiagnóstico en relación con los contrastes radiológicos que se emplean para mejorar la visualización de las imágenes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los productos de contraste se clasifican según sus propiedades fisicoquímicas, las cuales determinan su capacidad para absorber los rayos X frente a los tejidos y órganos del cuerpo. En este sentido, se dividen en:

- Negativos: su absorción de los rayos X es menor que la de los tejidos adyacentes. La representación de estas sustancias es de color negra.
- Gases: son principios inertes que se disuelven en la sangre y pueden ser eliminados con rapidez. Los que suelen emplearse son el aire, el oxígeno, el helio, el

dióxido de carbono y el nitrógeno.

- Positivos: absorben mucha más radiación que los tejidos cercanos, por lo que facilitan la visualización y la exploración de la zona a tratar. Además, el organismo es capaz de tolerarlos con facilidad. Su representación en la imagen es de color blanca.

- No yodados: nos referimos esencialmente al bario, que es un producto que recibe muy bien la radiación y cuyo componente no es el yodo. Es especialmente utilizado para exploraciones digestivas.

- Yodados: atendiendo a sus componentes químicos podemos subdividirlos en aceites yodados (productos oleosos) y derivados del ácido triyodobenzoico (hidrosolubles).

- Oleosos: son, sobre todo, aquellos aceites vegetales a los que se les ha incorporado yodo. Poco a poco se dejaron de emplear porque presentaban un alto porcentaje de viscosidad, eran difíciles de eliminar y eran mal tolerados por el organismo.

- Hidrosolubles: son los más utilizados en exploraciones de radiología. Gracias al yodo, presentan una alta densidad de contraste y se eliminan del organismo con facilidad (a través de la orina o siendo reabsorbidos en el hígado). Esto quiere decir que se disuelven bien con los líquidos del cuerpo.

- Iónicos: son las sustancias que en contacto con el agua o la sangre se ionizan en una carga negativa (anión) y otra positiva (catión). La carga eléctrica puede producir efectos secundarios y llegar a ser tóxica para el cuerpo. Tienen una osmolaridad (concentración de partículas disueltas por litro) alta con respecto a la sangre.

- No iónicos: son aquellos que al entrar en contacto con el agua o la sangre se mantienen neutrales, es decir, no se ionizan. Por tanto, no tienen carga eléctrica. Son bien tolerados por el organismo y no suelen producir efectos adversos severos. Su osmolaridad es más baja, aunque suelen estar al mismo nivel que la de la sangre.

En general, se prefieren como medios de contrastes aquellos que son inertes (desde el punto de vista farmacológico), hidrosolubles no iónicos y que presente una osmolaridad similar a la de la sangre.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es el encargado de administrar los contrastes radiológicos en las unidades de radiodiagnóstico, por lo que es importante debemos cono-

cer cuáles son, cómo se clasifican, sus vías de administración, etc.

Los contrastes se pueden administrar de diferentes formas: por vía oral, por vía rectal o intravenosa.

Los contrastes permiten ver mejor las alteraciones del organismo. La mayoría son inocuos, aunque algunos pueden generar efectos adversos sobre el paciente. Normalmente, los contrastes se emplean en resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografías o radiología convencional.

6 Bibliografía

- 1- administración de contraste - <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/administracion-de-contraste-yodado-intravenoso-cuidados-de-enfermeria-y-reacciones-adversas/>
- 2- cuidados de enfermería en la administración de contrastes - <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c7e58b044f345a36c5ea881d52124ecf.pdf>
- 3- contrastes radiológicos en enfermería - <https://revistamedica.com/contrastes-radiologicos-enfermeria/>
- 4- tipo de servicio de radiodiagnóstico - https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/radiodiagnostico_0.pdf

Capítulo 98

IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

MARÍA ÁNGELES MIÑANO ORTEGA

CORAL GARCÍA GUIJARRO

TAMARA CABAÑERO CONTRERAS

GONZALO ALARCÓN CARRERES

MARÍA DOLORES GALLEGOS ROSA

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que se aplican en enfermedades graves con el fin de aliviar la sintomatología producida por la patología. Se tiende a pensar que estos cuidados se aplican únicamente en la fase final de la vida, cuando la evidencia indica que puede y debe aplicarse en todas las etapas de la enfermedad que lo requieran.

El Proyecto de Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Calidad (2013) indican que los cuidados deben centrar la atención en el paciente, asegurar una continuidad en los distintos eslabones de la atención sanitaria, brindar cuidados paliativos de manera precoz al diagnosticarse una enfermedad grave, ofrecer una atención integrada por un equipo multidisciplinar, paliar el sufrimiento y garantizar las mismas oportunidades de acceso a los cuidados para todos los pacientes.

La enfermera debe garantizar la calidad de vida, en la medida de lo posible, del paciente con una enfermedad grave y para ello son necesarias algunas intervenciones que se encuentran englobadas tanto en la Medicina Paliativa como en los cuidados básicos de Enfermería. Esto hace referencia a una buena comunicación entre la enfermera y el paciente y/o cuidadores: la enfermera debe dialogar con el paciente de su situación, su pronóstico, sus necesidades y sus expectativas; debe aplicar cuidados de manera que maneje y controle los síntomas físicos; y, debido a su posición de cercanía con el paciente, ofrecer apoyo a pacientes y familiares.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Definir el concepto de cuidado paliativo.
- Conocer cuál es la línea de actuación de la enfermera en el paciente paliativo.
- Determinar la eficacia del cuidado paliativo en el incremento de la calidad de vida.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se han utilizado bases de datos como Pubmed, Web Of Science, Cuiden y Scielo. Para ello se ha utilizado una ecuación de búsqueda con las palabras clave "nurse", "palliative" y "care", escogiendo entre los resultados arrojados aquellos que coincidían con el objetivo de este capítulo.

4 Resultados

Se determinó que la mayoría de los pacientes que fallecen requieren atención paliativa, y el porcentaje de pacientes que la reciben durante el ingreso hospitalario es de la mitad.

Para comprender los factores que incitan o disuaden a las enfermeras de aplicar cuidados paliativos en pacientes con enfermedades graves como la insuficiencia cardíaca o el cáncer, se llevaron a cabo estudios en los que se encuentra que un alto número de las enfermeras estudiadas brindaban cuidados paliativos a sus pacientes en fase terminal, actuando como un factor potenciador de esta actitud haber recibido actualización o capacitación especializada en cuidados paliativos en un periodo inferior a 5 años. Las enfermeras que llevan ejerciendo la profesión menos de 10 años, tienen una mayor tendencia a aplicar cuidados paliativos.

Alrededor de la mitad de las enfermeras encuestadas mostró no hablar con sus pacientes sobre cuidados paliativos, y de ellas, la mitad de las enfermeras evita hablar sobre el pronóstico de la enfermedad.

En las investigaciones revisadas se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la aplicación de cuidados paliativos y la calidad de vida del paciente. En los estudios con un menor riesgo de sesgo sigue existiendo una asociación estadística entre ambas variables, aunque cabe destacar que con menos porcentaje. En cuanto a la disminución de síntomas o molestias físicas, se encuentra asociación estadística con los cuidados paliativos y, de nuevo, al contemplar únicamente aquellos estudios que reducen el riesgo de sesgo, esta asociación disminuye, llegando a no considerarse estadísticamente reseñable.

No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la aplicación de cuidados paliativos y el tiempo de supervivencia. Tampoco existe asociación estadísticamente significativa si aplicamos las variables estudiadas a los familiares y cuidadores.

De igual modo, se realizó una asociación contundente y directamente proporcional en cuanto a un aumento del nivel de satisfacción del paciente y de la planificación anticipada de la atención según se aplicaban los cuidados paliativos, sumado a una asociación inversamente proporcional entre cuidados paliativos y número de ocasiones en los que los pacientes requerían de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que, en primer lugar, la comunicación entre la enfermera y el paciente paliativo es crucial para poder establecer la relación de cuidados. La enfermera tiene un lugar privilegiado en la atención al paciente que le permite comunicarse con el mismo sin ser percibida con hostilidad, especialmente en aquellos puntos de mayor vulnerabilidad, como pudiera ser el paso del tratamiento con fines curativos al inicio de los cuidados paliativos.

Por ello, es de suma importancia incidir en aquellos factores que han sido evidenciados como potenciadores del uso de cuidados paliativos por los profesionales de Enfermería, especialmente un incremento de la frecuencia y calidad de la educación, capacitación y especialización de la formación que reciben las enfermeras de todos los niveles de atención sanitaria.

Debida a la asociación encontrada en numerosos ECA llevados a cabo desde 2011 entre la aplicación de los cuidados paliativos y el incremento de la calidad de vida,

las posibilidades de fallecer en el propio domicilio y el aumento de indicadores de confort, estas medidas están siendo implantadas en numerosos países en todos los ámbitos y niveles sanitarios.

6 Bibliografía

1. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb;61:216-219. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.037. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29245101; PMCID: PMC5859921.
2. Sekse RJT, Hunsbæk I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018 Jan;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jocn.13912. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28695651.
3. Heino L, Stolt M, Haavisto E. The practices and attitudes of nurses regarding palliative sedation: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2021 May;117:103859. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103859. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33545642.
4. Bradley EH, Cherlin E, McCorkle R, Fried TR, Kasl SV, Cicchetti DV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. *J Prof Nurs*. 2001 Jan-Feb;17(1):14-22. doi: 10.1053/jpnu.2001.20255. PMID: 11211378.
5. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hammer J, Hoydich ZP, Ikejiani DZ, Klein-Fedyshin M, Zimmermann C, Morton SC, Arnold RM, Heller L, Schenker Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016 Nov 22;316(20):2104-2114. doi: 10.1001/jama.2016.16840. PMID: 27893131; PMCID: PMC5226373.
6. Hjelmfors L, van der Wal MH, Friedrichsen MJ, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T. Patient-Nurse Communication about Prognosis and End-of-Life Care. *J Palliat Med*. 2015 Oct;18(10):865-71. doi: 10.1089/jpm.2015.0037. Epub 2015 Jun 11. PMID: 26068058.

Capítulo 99

ACTUACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO HOSPITALARIO POR INFECCION DE ORINA

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL
PULGAR

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

ANTONIO GALIANO JURADO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quien es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud siempre queremos ser atendidos en el mejor centro medico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está mas o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante pacientes con infección de orina.

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

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 como ha de actuar en pacientes con infección de orina.

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 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. 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 lo conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 100

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

MARI CARMEN RAMÍREZ DE ARELLANO GÓMEZ DEL
PULGAR

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quien es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud siempre queremos ser atendidos en el mejor centro medico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está mas o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de

servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante la implantación de un marcapasos. Según la RAE, las arritmias se conocen como "contracciones cardíacas irregulares y erráticas" o arritmias. Este cambio puede ocurrir de tres maneras:

Taquicardia: el corazón late demasiado rápido de manera regular. Eso es más de 100 veces por minuto. Bradicardia: el corazón a menudo late demasiado lento. Es decir, menos de 50 latidos/minuto.

2 Objetivos

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.
- Explicar quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario

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

Atención preoperatoria e intraoperatoria:

- Comunicar claramente al paciente y la familia sobre el nivel de comprensión del procedimiento a realizar, cuánto tiempo llevará el procedimiento y cómo se explicará el procedimiento para garantizar la cooperación adecuada y la máxima comodidad.

- Asegurarse de que el paciente o su representante legal haya firmado el consentimiento informado y haya ayunado las 6 horas previas a la cirugía.
- Asegurarse de que todas las pruebas necesarias estén incluidas en el historial médico.
- Garantizar la máxima esterilidad durante el procedimiento mediante la preparación de las zonas íntimas.
- Insertar una vena periférica en el brazo opuesto al sitio del implante y verificar su permeabilidad.
- Monitorizar las constantes vitales del paciente mediante monitor antes y durante la técnica para detectar anomalías, con la frecuencia descrita en el protocolo del hospital y siempre que la situación clínica lo requiera.
- Controlar completamente el electrocardiograma (ECG) de su paciente
- Realice un seguimiento de los cambios del paciente informando a los reanimadores y registrando la atención según sea necesario.
- Si hay sangrado en el sitio de punción: Aplicar presión local y aplicar hielo.

Cuidados postoperatorios:

La atención después de que finaliza la cirugía se puede dividir en atención inmediata y atención tardía.

El primer día, el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante 24-48 horas.

- Cuidado inmediato:

Prevención de infecciones: el sitio de la incisión debe revisarse diariamente y durante la cirugía para detectar enrojecimiento, hinchazón, dolor o sangrado inusuales hasta que la incisión esté completamente curada.

Realizando esta técnica en condiciones asépticas máximas, el sitio del injerto se cicatriza diariamente y se cubre con un apósito estéril. Este soporte se monitorea hasta que la incisión quirúrgica se cierra por completo.

Evitar el hematoma del reservorio subcutáneo como se comenta en el apartado de Complicaciones. Durante las primeras 24 horas, aplicar un peso pesado y un enfriamiento tópico en el área antes mencionada y un vendaje de compresión.

Continuar tomando esta medida en casa la semana siguiente.

Inmovilizar el brazo durante las próximas 24 horas. Reanudar la ingesta según tolerancia.

Radiografía de tórax para confirmar la colocación de los electrodos. Tras realizar técnicas de detección de anomalías, monitorizar las constantes vitales del paciente con la frecuencia especificada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.

Mida los parámetros del marcapasos y ajústelos si es necesario. ECG de 12 derivaciones.

Si todo va bien, puede irse a casa con su informe médico y la identificación del marcapasos. Citación de consulta médica intensiva para seguimiento de marcapasos, según protocolo y estado del paciente.

Atención al alta y posterior al alta:

- Una enfermera de atención primaria examinará y tratará regularmente la herida y retirará las suturas 8-10 días después del procedimiento. - Vigilar fluidos corporales, hematomas y temperatura del paciente.
- Monitorear rechazo de marcapasos con síntomas como fiebre, fluctuaciones locales de marcapasos. - Durante el primer mes, especialmente la primera semana, no apoyar esta zona, no hacer movimientos bruscos ni levantar objetos pesados de costado.

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.

El marcapasos artificial definitivo ha demostrado ser un reto pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior. La actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 101

FATIGA PANDÉMICA: EFECTOS Y CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR LA PANDEMIA SARS- COVID-2 EN LA POBLACIÓN

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

1 Introducción

La fatiga pandémica es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un conjunto de emociones y sensaciones derivadas de la crisis sanitaria. Esta fatiga o estrés a la COVID- 19 nace de todos los cambios experimentados en nuestra vida desde el inicio de la pandemia: confinamiento, cuarentena, toques de queda, uso de la mascarilla las 24 horas del día, contagios diarios, restricciones de aforo, de movilidad, horarias y pérdida de familiares o amigos. Esta nueva realidad es la causante de este estrés, denominado, fatiga pandémica.

Las emociones o sentimientos que surgen son incertidumbre y desmotivación, que deriva a la ansiedad y la depresión. Según la OMS, el 40% de la población

española presenta síntomas moderados o graves de depresión.

La principal causa de la aparición de esta fatiga pandémica es la prolongación de la crisis sanitaria. En marzo de 2020 se creía que sería una situación de corta duración. Ese mes confinaron a la población y se cerraron los comercios no esenciales. En verano de 2020 la situación se relajó gracias al fin del confinamiento, pero tras llegar la segunda ola (aproximadamente datada en septiembre de 2020) las restricciones volvieron y se endurecieron.

Desde marzo de 2020 se ha iniciado un sentimiento de estrés comunitario para el cual la sociedad actual no estaba preparada. Acciones cotidianas que antes resultaban normales han quedado en el pasado. La crisis sanitaria producida por la COVID- 19 está haciendo mella en la sociedad. Es por ello que acudir a terapia es una gran ayuda para confrontar este estrés generado.

2 Objetivos

- Describir los síntomas de la fatiga pandémica.
- Indicar cómo afecta dicha fatiga a los distintos grupos poblacionales: ancianos, sanitarios, enfermos y niños.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sin restricción del número de artículos ni de idioma. Para este trabajo se han utilizado 24 referencias, entre los cuales se incluyen artículos científicos, ensayos clínicos, artículos de investigación y bases de datos.

La bibliografía usada proviene de las siguientes páginas: Scielo, Medline, UpToDate, Science Direct, Redacción Médica, Enfermería investiga y Clínica Dinan.

4 Resultados

SÍNTOMAS DE LA FATIGA PANDÉMICA

La pandemia de COVID-19 ha repercutido en un estado semipermanente de estrés para la sociedad en general.

El temor y el estado de incertidumbre acerca de esta nueva enfermedad afectan tanto a adultos, como a niños. Todas las restricciones y medidas de salud pública han sembrado un aumento de aislamiento, estrés, ansiedad y miedo ante los

brotes. La pandemia no solo viene acompañada de trabas económicas o precariedad sanitaria, sino que, a su vez, viene seguida de ataques sociales, tales como los actos de odio y violencia hacia personas de ascendencia asiática, o personas con síntomas sospechosos. Ha habido un aumento de sentimiento hostilidad hacia la población de origen asiático.

Estos sucesos relacionados con la xenofobia se pueden observar en otras situaciones sanitarias como las vividas en las epidemias de H1N1, gripe porcina o incluso el escándalo del virus Ébola, generando una tensión mediática y social ante la situación de despreocupación hacia la población africana más vulnerable ante estos sucesos debido a su precariedad sanitaria y socioeconómica.

La pandemia de COVID-19 está repercutiendo sin duda alguna a la economía mundial, forjando situaciones críticas en empresas de todo el mundo, desempleo y dificultades económicas a la mayoría de las familias. Estas dificultades pueden suponer un obstáculo imposible de superar para aquellas personas con alto riesgo de ansiedad, es decir, que pueden verse desbordadas por la situación socio-económica que ha creado esta pandemia. Las reacciones psicológicas juegan un papel crucial en la propagación de la enfermedad y en el afloramiento de angustia social brote tras brote.

La posibilidad de que la salud se vea afectada, tanto contrayendo la infección como no haciéndolo, es extremadamente alta. En las circunstancias actuales, hay una amplia mayoría de fuentes de ansiedad y estrés que nos aportan preocupación y desasosiego. En la mayoría de las personas, estas emociones se generan desde el deseo de preservar la vida y defendernos de lo que nos amenaza (COVID-19).

Esta preocupación por la salud y la vida es un proceso cognitivo lógico que aparece ligado a la idea básica de sobrevivir. Tiene una función adaptativa e inclina la conducta hacia la observación de acciones potencialmente peligrosas (salir a la calle) para anticiparnos o prepararlos para las consecuencias de llevar a cabo esa acción (contraer el virus). Esta preocupación obsesiva puede llevarnos a una sensación de tristeza al no poder disfrutar de los momentos que querríamos, o al valorar las pérdidas. Se asimila todo lo ocurrido y se permite recapacitar acerca de todo lo que está por venir. Al reflexionar acerca del pasado se adquiere un sentimiento de culpa, al tomar consciencia sobre los actos y comportamientos que han podido generar algún daño a uno mismo o al entorno. Esta culpa nos ayuda a reparar errores y rectificar, aportándonos una responsabilidad para actuar en consecuencia (acatar y respetar las medidas y restricciones sanitarias).

FATIGA PANDÉMICA EN DISTINTOS GRUPOS DE LA POBLACIÓN:

Las crisis sanitarias tienen efectos y consecuencias psicológicas de importante

gravedad debido a la incertidumbre y a la confusión. Sin embargo, no toda la población se ve afectada de la misma manera, hay grupos de riesgo que son más vulnerables a desarrollar problemas psicológicos, por lo que hay que prestarles especial atención. Estos grupos son: los ancianos, los sanitarios, los enfermos y los niños.

1. Ancianos

Este grupo de edad (aproximadamente desde los sesenta años en adelante) es uno de los que se encuentra en riesgo debido a que las personas mayores tienen menor capacidad de adaptación. La edad y la capacidad de adaptación guardan una relación inversamente proporcional, conforme aumenta la edad disminuye esta capacidad.

Una de los principales problemas que están experimentando las personas mayores es el miedo al contagio. El ser el grupo poblacional que más probabilidades tiene de morir si se contagia ha provocado que los niveles de estrés se vean enormemente aumentados.

Por lo que muchos ancianos han dejado de acudir a centros sanitarios pese a necesitarlo, ya que lo perciben como un riesgo. Los mayores miedos de este grupo de edad son la pérdida de la salud y la dependencia, los cuales se han visto aumentados a raíz del COVID-19.

El miedo a la pérdida de salud se ve potenciado a que la mayoría de los enfermos ancianos presentan otras patologías (cardíacas, respiratorias o cerebrales) que sumadas al SARS-CoV-2 provocan una mayor comorbilidad. Muchos de estos ancianos necesitan cuidados, ya sea por parte de la familia o de la comunidad, ya que son dependientes. En estos casos, el apoyo, la cordialidad y la solidaridad resultan de gran importancia para la salud psicoemocional de estas personas.

Además, este miedo y las restricciones establecidas por el Gobierno han provocado que se relacionen menos y realicen menos actividades de ocio, las cuales podrían ser de ayuda para despejar la mente, entre las que se incluyen los centros de día y los centros de ancianos.

Así mismo, muchos de ellos sólo disponen de las llamadas como medio de comunicación con su entorno, lo que dificulta mantener las relaciones con sus seres queridos. Este grupo tiende a aislarse, pero esto se ha visto aumentado a raíz de la pandemia. Se debe tener en cuenta que aquellos que viven con su cónyuge tienen menor probabilidad de desarrollar niveles elevados de estrés y de ansiedad, ya que la convivencia y la relaciones que se establecen funcionan como factor protector.

2. Sanitarios

Desde el inicio de la pandemia los trabajadores de la salud se han visto expuestos

a una situación para la que no estaban preparados. No había suficiente material, ni métodos, ni medios para afrontar esta nueva enfermedad. La prevalencia de síntomas psiquiátricos de moderados a graves fue:

Ansiedad: 12-20%. Depresión: 15-25%. Insomnio: 8% Angustia traumática: 35-49%

Una encuesta en línea realizada en Canadá en abril de 2020 reveló que el 47% de los trabajadores de la salud de Canadá necesitaban apoyo psicológico.

Los factores de riesgo para sufrir secuelas psicológicas debido a la pandemia es el contacto con pacientes afectados. Otros factores de riesgo apreciados son: historial psiquiátrico previo, cuarentena prolongada, falta de apoyo y estigma social hacia los sanitarios

Como factores de protección encontramos el acceso a equipo de protección individual (los afamados EPIs), tener apoyo entre los compañeros, acceso a terapias y confianza en las medidas del control gubernamental.

Los estudios de brotes virales emergentes sugieren que es más probable que los trabajadores de la salud con alta exposición al virus presenten síntomas y trastornos psiquiátricos que los trabajadores con baja exposición. Aunque es más probable que desarrollen estrés psicológico y angustia postraumática, una encuesta realizada a los médicos en un centro de salud de Nueva York en abril de 2020 manifestaba que casi el 50% de los mismos se mantuvo optimista y más del 60% encontró un mayor propósito para desarrollar su profesión. Aun así, hace ya un año de estos datos, por lo que el cansancio en el sector sanitario ha aumentado. Una encuesta realizada en Wuhan, el núcleo del COVID-19, los encuestados referían una gran carga psicológica, especialmente las mujeres, las enfermeras, las personas de Wuhan y profesionales de la salud de primera línea involucrados en diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19.

Estos datos han ido evolucionando a lo largo de la pandemia, donde nos encontramos con profesionales saturados, que han doblado turnos, que se enfrenaron sin medios a un virus desconocido, que se contagiaron, que se aislaron de sus familias para no contagiarles, que han luchado en primera línea, que no han parado porque no han tenido las vacaciones a las que tienen derecho por seguir trabajando sin cesar por el aumento continuo de infectados. Además, muchos profesionales del sector han vuelto a trabajar una vez ya jubilados porque hacía falta personal.

Aún en estas condiciones de presión, muchos de los sanitarios seguían con contratos temporales, de baja calidad y con exposición continua al virus.

Ahora en la etapa de vacunación, hay mucha gente que no acude a su citación por el miedo a las vacunas, miedo e incertidumbre que causan los medios por la divulgación de noticias catastróficas, alterando datos o contando información

que transmite miedo a la sociedad, desperdiciando así dosis de las vacunas.

Los sanitarios están cansados y muchos admiten necesitar un relevo, una pausa de esta situación que no deja descanso y muchos han reconocido que necesitan acudir a terapia, no solo por el estrés vivido, de la impotencia de ver personas morir sin poder ayudarlas, sino por la ansiedad que les genera estar siempre expuestos al virus con el miedo de contagiar a sus allegados

3. Enfermos

Los pacientes con COVID-19 llegan a manifestar síntomas psiquiátricos y desórdenes mentales. Los pacientes hospitalizados por COVID-19 pueden llegar a desarrollar con facilidad enfermedades tales como insomnio, falta de concentración, ansiedad, problemas de memoria, humor inclinado hacia la depresión, confusión y conciencia alterada.

La enfermedad provocada por la COVID-19 se llega a asociar con síndromes neuropsiquiátricos en una fase aguda de la enfermedad. En una revisión sistemática de 12 estudios que examinaron síntomas psiquiátricos en pacientes que contrajeron la enfermedad ($n > 900$), se llega a la conclusión de que se observa confusión y conciencia perturbadas. Uno de los estudios concluyó que hasta 144 pacientes de los 900 pacientes que participaron en el estudio desarrollaron síntomas relacionados con depresión (35%) y ansiedad (28%). Además de estos síntomas, estos estudios refieren síntomas tales como: encefalopatías, psicosis, síndromes demenciales y otros.

Otros síntomas más desapercibidos por su incidencia bajas son: agresión, alteración de la conciencia, ansiedad, falta de capacidad de concentración, alucinaciones, confusión, depresión, insomnio, irritabilidad y problemas de memoria.

Pacientes con antecedentes psiquiátricos pueden tener más predisposición a padecer de brotes y recaídas en sus respectivas enfermedades. Algunos de estos signos se relacionan con la manía persecutoria hacia los sanitarios ya que estos pacientes creen firmemente que los sanitarios quieren infectarlos o, en el caso de ser positivos, creen que quieren provocarles una enfermedad fatal para sus vidas. Además de estas manifestaciones, los pacientes psiquiátricos tienen más dificultades para acatar las normas sanitarias tales como llevar mascarilla o respetar la distancia de seguridad.

Los enfermos de COVID-19 que sufren la enfermedad en cuarentena en sus casas pueden desarrollar una amplia variedad de síntomas psiquiátricos. Estos síntomas incluyen ira, ansiedad, aburrimiento crónico, confusión, miedo, depresión, frustración, irritabilidad y estrés.

4. Niños

Los niños entran en el grupo de población más vulnerable en la pandemia, no por una disposición a un desarrollo crítico de la enfermedad, sino por su situación de dependencia de otros grupos sociales. Los niños han perdido las rutinas que conforman su desarrollo, tales como el juego con compañeros y amigos, contacto con personas de su comunidad o familia, han sufrido el cierre de los colegios...

Aun habiendo ganado tiempo con sus padres en casa, esto no supone una mejora relativa en su situación.

El confinamiento ha provocado que los niños pierdan la motivación y la capacidad de concentración, predisponiéndolos a una mayor sensación de soledad pese a pasar el mayor tiempo con sus padres/tutores. Este tiempo extra ha podido formar nuevos traumas o situaciones críticas en los niños debido a que sus padres no siempre han podido controlar las situaciones domésticas. Algunos niños incluso han tenido que ser testigos de agresiones físicas y verbales propiciadas por esta tensión entre los padres.

Estos cambios se han producido sin precedentes y sin un plan establecido para salvaguardar la estabilidad en los niños. De llevar una vida normal se pasó a un confinamiento estricto e inquebrantable, para terminar en una pseudonormalidad en la que los niños no llegan a entender del todo el porqué de la situación, sintiéndose indefensos e impotentes frente a los problemas que enfrentan. Ahora deben salir con precaución, con mascarillas y durante un tiempo limitado para intentar frenar unos contagios, de los que al principio se les hacía responsables. Se les ha prohibido cualquier contacto de afecto y cariño hacia familiares, amigos o profesores e incluso se les han presentado como inadecuadas las situaciones en las que simplemente deberían acercarse a sus compañeros (rompiendo la distancia de seguridad).

Este suceso de restringir el contacto o el mero acercamiento ha provocado un fenómeno denominado “hambre de piel”. Este fenómeno tiene unas consecuencias desastrosas a nivel psicológico induciendo aumentos de estrés, alteraciones de sueño, debilitamiento de su sistema inmune, predisponiéndolos a un estado de depresión.

La mascarilla priva a los niños de la parte esencial de la comunicación no verbal, lo que deriva en un estado fatal en aquellos niños en los que el lenguaje todavía se encuentra en desarrollo.

La vida de los niños ha dado un vuelco de 180 grados. Sin previo aviso dejaron de bajar a jugar al parque o de ir a estudiar al colegio, a estar encerrados en sus

casas. Ahora que pueden salir a la calle e ir al colegio, la realidad no llega a ser la que era antes de la pandemia.

Algunos niños empezaran a demostrar de nuevo conductas propias de edades más tempranas, como puede ser el volver a dormir acompañados, enuresis, desarrollar estados de ira descontrolada, miedo a la oscuridad, o incluso hablar con un lenguaje más infantil. Podrán demostrar tristeza, irritabilidad, desobediencia...

El miedo al contagio, debido a su estado de mayor ignorancia que un adulto, puede hacer que se obsesionen con la limpieza. Pueden desarrollar cambios en los hábitos de vida como pueden ser la alimentación o el ejercicio. Han aumentado el tiempo que pasan frente a la tecnología, limitando el contacto real con su entorno y entrando en una situación de predisposición de adicción a las tecnologías.

Actualmente, el COVID-19 se ha cobrado las muertes de más de 121.000 personas en nuestro país. Los niños han tenido en muchas ocasiones, que acompañar a sus padres en momentos de duelo, sin saber muy bien la situación y sin saber lo que les deparaba en las próximas horas o lo que debían hacer para no perjudicar más la tensión con sus padres. Estos niños no se han podido despedir de familiares, como pueden ser sus abuelos, tíos o incluso en algunos casos, sus propios padres. No se han podido seguir los procedimientos propios de un duelo, ni han podido contar con el apoyo del resto de afectados.

Las diferencias sociales que algunos niños sufrían ahora se han vuelto más evidentes y graves, lo que provocará un mayor impacto en la estabilidad emocional de muchos niños. Niños que actualmente estén en una situación más delicada no podrán centrarse plenamente en sus estudios ya que, muchos de estos niños tendrán dificultades para acceder a sus clases online, no pudiendo seguir el ritmo de un curso académico nunca antes vivido ni planificado con detenimiento.

5 Discusión-Conclusión

La situación que estamos viviendo desde el pasado año 2020 ha cambiado la forma de vivir de todo el mundo, de todos los países, de todas las edades y de cualquier condición, niños, jóvenes, adultos y ancianos. Nadie se ha visto beneficiado por esta mortalidad generalizada y esta pandemia que ha acabado con la vida de más de siete millones de personas. Este caos ha generado situaciones estresantes y ha provocado que se desarrolle estrés y ansiedad debido al miedo, a la incertidumbre y al desconocimiento de un futuro próximo. Es por ello que desde nuestra profesión como enfermeros debemos animar y enseñar a la gente las claves para recuperar la tranquilidad en medida de lo posible. Debemos seguir

combatiendo el virus y concienciando para que la gente acuda a terapia para tratar estas patologías psicológicas.

6 Bibliografía

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Vol. 20, *The Lancet Infectious Diseases*. Lancet Publishing Group; 2020. p. 533–4.
2. Valero-Cedeño NJ, Mina-Ortiz JB, Veliz-Castro TI, Merchán-Villafuerte KM, Perozo-Mena AJ. COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. *Revisión Narrativa. Kasmera*. 2020;48(1):48102042020.
3. Fatiga pandémica: qué es y cómo saber si la sufres [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: https://www.abc.es/bienestar/psicologia-sexo/psicologia/abci-fatiga-pandemica-y-como-saber-si-sufres-202101280301_noticia.html.
4. Fatiga pandémica: qué es y cómo superarla - CLÍNICA DINAN [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://www.clinicadinan.com/noticia/fatiga-pandemica-que-es-y-como-superarla>.
5. Afoaku OG. Islamist terrorism and state failure in northern Nigeria. *Afr Today*. 2017 Jun;63(4):20–42.
6. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020 Jul;89(4):242–50.
7. Fatiga pandémica Ana Gil Luciano Área de Promoción de la Salud y Equidad Ministerio de Sanidad 24 de marzo de 2021.
8. Chacón-Fuertes F, Fernández-Hermida JR, García-Vera MP. La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. Vol. 31, *Clinica y Salud*. 2020. p. 119–23.
9. Scholten H, Quezada-Scholz V, Salas G, Barria-Asenjo NA, Rojas-Jara C, Molina R, et al. Abordaje psicológico del COVID-19: Una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Interam J Psychol*. 2020;54(1):1287.
10. Celdrán M. ¿Seré yo el siguiente? El miedo de los mayores a contagiarse. 2021.
11. Callís-fernández S, Cruz-sánchez V. Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta*. 2021;46(1).
12. Bender del Busto JE et al. Manifestaciones neuropsiquiátricas en relacion con la infeccion por el sars-cov2. 2021.
13. Antonio Samaniegoa, Alfonso Urzúab , Marcelo Buenahoraa y PV-V. View of Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in

Paraguay: COVID-19 effect | Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.

14. Vista de Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión [Internet]. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913/858>

15. COVID-19: Enfermedad psiquiátrica - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness#H3006858699>

16. Medline ® Abstracts for References 2,8 de “COVID-19: Enfermedad psiquiátrica” - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness/abstract/2,8>

17. COVID-19: Psychiatric illness - UpToDate.

18. Efectos psicológicos en los niños producidos por el COVID-19: ¿Una nueva pandemia? | Familia y Salud.

19. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. COVID-19 pandemic and mental health: Initial considerations from spanish primary health care. *Aten Primaria*. 2021;53(1):89–101.

20. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020 Jun;

21. Erades, Nieves; Morales A. Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. 2020. p. 27–34.

22. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2020;25(1):1–22.

23. Piña-Ferrer L. El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida*. 2020;4(7):188.

24. Da la Luz Pereira, Ángel; Pazos Espín, Manuel; Tögel M. Efectos del confinamiento social, preventivo y obligatorio sobre la salud física y psíquica de los comodorenses. *Scielo*. 2021.

Capítulo 102

LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TRABAJO A TURNOS ROTATORIOS EN LOS SANITARIOS

MARIA CRUCES RODRÍGUEZ PERAL LÓPEZ ASTILLEROS

LIRIA CHAMORRO RUFO

SONIA BRICEÑO GARCÍA

SANDRA CASTELLANOS CUEVAS

LOURDES SEGOVIA GARCÍA DE MARINA

1 Introducción

El trabajo de turnos rotatorios y nocturno, cada vez es más habitual por diversas razones: económicas, por necesidades de producción o por motivos sociales. Pero desde el punto de vista de salud laboral, el trabajo a turnos debe organizarse considerando que se deben prevenir sus implicaciones en la salud de los trabajadores, tanto en el plano físico como psicológico o de interacción social.

En España la Jornada laboral normal suele ser de 8 horas y un descanso para comer. Y suele comenzar entre las 7 y las 9 de la mañana y terminar entre las 6 y las 7 de la tarde; más o menos unas 40 horas semanales.

Por otro lado, el trabajo a turnos rotatorio se entiende cuando el trabajo se realiza ininterrumpidamente las 24 horas del día los 365 días del año.

En la mayoría de los servicios de salud se emplea para la organización del trabajo, el sistema continuo en turno rotatorio, esto quiere decir que es un trabajo que se realiza durante todo el día sin interrupción. La división de los turnos puede variar según el servicio y los hospitales, pudiendo hacer turnos de 12 horas, turnos de mañana, tarde, noche, etcétera.

Este sistema de trabajo cuyo efecto nocivo sobre la salud de los trabajadores está suficientemente estudiado y comprobado, ha sufrido un aumento importante desde los años 50 en adelante, ya que, al cambiar los ciclos de sueño y vigilia, se desequilibran los ritmos circadianos y los procesos fisiológicos. Nuestro organismo necesita para recuperarse un descanso de 8 horas aproximadamente. Por eso, si la situación se alarga en el tiempo aparecen síntomas de lo que conocemos como fatiga crónica, lo que ocasiona afectación del sistema nervioso.

También, el turno rotatorio incide en otras áreas además del sueño, como por ejemplo la alimentación, la vida social y familiar.

En relación a la alimentación, influye porque cada día tiene un horario de comida, corto e inusual, que hace que el trabajador elija una opción menos sana o incluso que omitan alguna comida principal por el descanso o la excesiva carga de trabajo.

Y respecto a la conciliación familiar y la vida social, el trabajo a turnos nos afecta debido a que es muy difícil coincidir con los demás, ya que también se trabajan los días festivos, fines de semana...

2 Objetivos

- Estudiar los daños que ocasionan en la salud del trabajador que tiene este sistema rotatorio de trabajo.
- Promover y mejorar la prevención de esos efectos nocivos sobre la salud del trabajador.

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

Se ha establecido que trabajar en turnos nocturnos y en horarios rotativos es perjudicial para la salud general de los empleados.

Por ejemplo, afecta a los ritmos circadianos por los cambios de ciclos de sueño-vigilia, disminuyendo las horas de sueño y la calidad del mismo. También altera los patrones alimentarios, ya que cambia constantemente el horario de las comidas y por el escaso tiempo que tiene para comer. Por otro lado, es muy difícil la conciliación de la vida con familia y amigos, puesto que no coinciden por los horarios de trabajo.

Además, Entre los efectos negativos derivados del trabajo con turno rotatorio y nocturno, por lo general se observa una menor productividad y calidad en tarea durante el turno de noche.

Por lo que, como medidas de prevención, para minimizar el impacto negativo sobre la salud de los trabajadores se recomienda en la medida de lo posible:

Adaptar algún área (comedor, sala office, etc.) para que los empleados puedan calentar su comida, comer tranquilamente y descansar el tiempo necesario.

Ampliar el número de días libres tras el turno de noches, juntar las jornadas de descanso y modificar el turno rotatorio durante el año.

Notificar con bastante anticipación las planillas de trabajo, para ayudar al trabajador a organizar su agenda social y familiar.

Rebajar las cargas de trabajo durante los nocturnos.

Tras varios turnos de noche seguidos, tener un día completo de descanso al menos.

En la planificación los cuadrantes, debemos considerar librar algún fin de semana, como mínimo de dos días consecutivos.

Cada año, la empresa debe realizar reconocimientos médicos a los trabajadores.

Implantar políticas que favorezcan el equilibrio entre las obligaciones laborales y familiares para reducir los riesgos psicosociales.

Impulsar un programa de educación sanitaria en el que el personal sanitario aprendan sobre el valor de una dieta equilibrada y se les anime a modificar gradualmente los patrones de alimentación poco saludables.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los profesionales sanitarios que trabajan con turnos rotatorios y/o nocturnos, expresan un descontento general en el trabajo debido a los

horarios. Los empleados que tiene un horario fijo, reportan una menor insatisfacción, ya que les resulta más sencillo organización de sus obligaciones sociales y familiares.

El mal estar que refieren los empleados, es debido principalmente a la falta de adaptación a los turnos por la alteración de los ritmos circadianos, la dificultad para equilibrar vida social y familiar y la deficiente planificación de los turnos de trabajo.

Es fundamental proporcionar a los trabajadores formación y educación especializadas sobre cómo prevenir riesgos en el lugar de trabajo, mejorar los hábitos alimentarios y abordar los efectos negativos del trabajo nocturno y por turnos en su salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.insst.es/documents/94886/159902/Fichero+Trabajo+a+turnos+y+nocturno/6aacdfd3-f6af-44f2-bee0-8c5d6ece9e6b?version=1.0>.
2. <http://derechoshumanosybioetica.org/wp-content/uploads/2017/06/5impactodeltrabajonocturno.pdf>.
3. <https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2019/07/IMPACTO-DEL-TRABAJO-A-TURNOS-EN-LA-SALUD.pdf>.
4. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3201/1/Cuadrado%20Garc%C3%ADa%2C%20Sandra%20TFM.pdf%20Hecho.pdf> <http://Osha.europa.eu/fop/spain/>.

Capítulo 103

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El hospital de día oncológico se encarga de administrar los medicamentos necesarios para los ciclos de la quimioterapia que los pacientes, oncológicos, tienen pautados y con la recurrencia asignada por el especialista en oncología. Después de pasar por la consulta de oncología, el oncólogo, tras el estudio del paciente y el tipo de cáncer que padece, le pauta los ciclos necesarios y su programación.

El ciclo de quimioterapia se administra en el hospital de día oncológico, donde los pacientes, se colocan en sillones o en camas, dependiendo del estado de salud de los pacientes, y su duración estará sometida al tipo de cáncer y a las características de combinado de medicamentos inyectados.

En cada sesión del ciclo, los pacientes deben realizarse las pruebas complementarias necesarias, donde la analítica de sangre es obligatoria, para conocer el número de hematíes que porta el paciente en esos momentos, y las placas radiológicas pertinentes.

Para los pacientes acudir al hospital de día supone no tener que ingresar en la planta de oncología, ya que en condiciones físicas normales, el proceso es siempre programado y ambulatorio, permitiéndole permanecer en el hospital con un familiar directo, cuya asistencia le hace más llevadera su estancia en el mismo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que la enfermera realiza en el hospital de día oncológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes programados en el hospital de día oncológico pueden ser colocados y acomodados en sillones abatibles o en camas, dependiendo de su estado de salud y del estado de su sistema inmunológico. Esta clasificación la realiza la enfermera, teniendo en cuenta, el nivel del sistema inmunológico del paciente, para que pueda estar un poco más separado de los demás pacientes.

Una vez colocado y acomodado en su puesto, la enfermera, coloca la vía al paciente que no tiene, porque otros ya la tienen, es la vía central, que la enfermera revisará y cambiará sus apósitos, desinfectando toda la zona de alrededor. Ya está listo el paciente para recibir los medicamentos de la quimioterapia, administrados por la enfermera. Además de estos medicamentos, la enfermera, administra al paciente, los anticuerpos monoclonales, para la eliminación de las células malignas, así como otros medicamentos indicados por el oncólogo.

En algunos centros hospitalarios, el hospital de día oncológico, ofrece otros servicios más avanzados, siendo la enfermera la encargada de su administración. Estos servicios son procesos regenerativos de la sangre y sus células, de los glóbulos rojos, de los glóbulos blancos, y de las plaquetas, a partir de las propias células madre de la médula ósea del paciente.

La enfermera es la encargada del cuidado y asepsia de todas las vías que porta el paciente, ya sean centrales o periféricas, prestando especial atención en las mismas, en su limpieza, y en su agarre a la piel del paciente, así como la colocación y programación de las bombas de perfusión que sean necesarias para los ciclos de los pacientes.

Cuando un paciente necesita una prueba complementaria, como placas radiológicas, tomografía computarizada (TAC) o resonancia, la enfermera que atiende al paciente, en la mayoría de los casos, acompaña al paciente, observando siempre la monitorización de las constantes vitales del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera destinada en el hospital de día oncológico juega un papel fundamental en la mejoría de los pacientes, su profesionalidad le permite tener en perfecto estado todas las vías que porta el paciente, para que no sean fuente de contaminación a la hora de la administración de los ciclos. La empatía es otra cualidad que debe poseer la profesional.

Es cierto que es un puesto no deseado por todos los profesionales sanitarios porque los índices de personas con cáncer han aumentado considerablemente en los últimos años, aunque, también es cierto, que los avances para atajar la enfermedad lo ha hecho del mismo modo.

6 Bibliografía

1. Funciones de la enfermera en hospital de día oncológico. Disponible en: <https://www.ivo.es>.
2. Unidad de enfermería de oncología. Disponible en: <https://sectorteruel.salud.aragon.es>.
3. Qué es un hospital de día. Disponible en: <https://conviveconelcancer.com>.

Capítulo 104

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El centro de salud de atención primaria, además de ofrecer todos los servicios correspondientes con su funcionalidad, consultas, extracciones de sangre, expedición de tarjeta sanitaria individual, promoción de la salud, etc., tiene un servicio de urgencias abierto permanentemente.

En el turno de mañana, desde las ocho de la mañana hasta las tres de la tarde, funciona el punto de atención continuada, que es una prolongación de las consultas del centro que no están programadas, es decir, aquellos pacientes que no pueden demorar su atención por el médico de cabecera, y se tiene que dirigir hacia el punto de atención continuada. También se atienden las urgencias que necesiten ser vistas y atendidas de inmediato. En el punto de atención continuada (PAC),

se encuentra el equipo médico, compuesto por un médico y una enfermera, y el celador que atiende el mostrador del servicio.

A las tres de la tarde, el punto de atención continuada, se convierte en el servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), cuya funcionalidad y misión es la atención de los pacientes urgentes que acudan al servicio. La temporalidad del SUAP se alarga hasta las ocho de la mañana, entrando el equipo del PAC.

El SUAP está compuesto por un doble equipo médico, es decir, dos médicos y dos enfermeras, dado el carácter del mismo, y un celador en el mostrador de admisión de pacientes.

2 Objetivos

1. Conocer los servicios ofrecidos en las urgencias de atención primaria.
2. Describir las funciones que la enfermera realiza en los distintos servicios de las urgencias de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones ejercidas por la enfermera en las urgencias de atención primaria son las siguientes:

-Funciones que realiza la enfermera en el PAC, punto de atención continuada:

Por la mañana se reciben en el PAC a aquellos pacientes que bien o no tienen cita con su médico de familia o realmente se encuentran en un estado de salud que necesita una inmediata atención. Una vez que el celador del mostrador inscribe al paciente en programa informático de pacientes, tanto en la agenda del médico, como en la agenda de enfermería, ya puede la enfermera de turno, visualizar los pacientes que podrán necesitar de su atención.

La enfermera es la encargada de poner los inyectables recetados por el médico, así como los sueros o cualquier otra circunstancia que prescriba, como aerosoles

o medicación intravenosa.

En las llamadas para avisos a domicilio, siempre con carácter de muy urgentes, la enfermera y el médico, salen a la mayor rapidez posible para atenderlo. La enfermera luego pasará todos los datos del paciente en su agenda, medicación pautada, signos y constantes vitales y la derivación o no, del paciente, al centro hospitalario de referencia.

-Funciones que realiza la enfermera en el SUAP, servicio de urgencias de atención primaria:

En el SUAP, los equipos médicos, compuestos por dos profesionales de cada categoría, médico y enfermera, pasan a la vez dos consultas. Por la tarde, al no existir consultas médicas ni de enfermería en el centro de salud, todos aquellos pacientes que tienen pautados inyectable y aerosoles, acuden al SUAP, para la realización de los mismos. Una de las enfermeras del doble equipo es la encargada de la realización de estas pautas, así como, de las curas correspondientes que hubiere. La enfermera realiza los avisos programados de inyectables y curas, recurrentes, en aquellos pacientes prescritos por sus médicos de cabecera, al no abrir el centro de salud en festivos, sábados o domingos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que realiza el personal de enfermería en las urgencias de atención primaria, en sus dos servicios, PAC y SUAP, son múltiples y distintas, resaltando en gran medida, aquellas que hacen mención a la transcripción de todo el proceso asistencial de los pacientes.

La enfermera debe hacerse cargo de los pacientes de sus compañeras del centro de salud, en los casos de cierre del mismo, tanto en los aerosoles, inyectables y curas, que tiene pautados en distintos días, cuando éstos, caen en festivos, sábados y domingos.

En los avisos domiciliarios, existen comunidades que no contemplan con la figura del celador conductor, por lo cual, es la enfermera, la responsable de conducir el coche del servicio, hasta los domicilios de los avisos recibidos, teniendo en cuenta, la gran responsabilidad que asume a la hora de conducir.

6 Bibliografía

1. El personal de enfermería en urgencias de atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

2. Actuación de la enfermera en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://enfermeria21.com>.
3. Funciones de la enfermera en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com>.

Capítulo 105

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA

MARTA DE BODAS DEL CERRO

ESTELA CID SANCHEZ

MIGUEL SANCHEZ DE CASTRO GALINDO

ANDREA TOLEDANO GORDO

GLORIA GARCÍA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La urología es la especialidad médica que se ocupa de la atención de aquellos pacientes que tienen una enfermedad relacionada con el aparato urinario de los hombres. Se entiende que el aparato urinario masculino se extiende desde el órgano genital hasta el estómago, por lo que también se ocupa de la región peritoneal. En estos casos, también abarca a las mujeres.

De este modo, el servicio de urología también atiende a mujeres que presentan problemas o enfermedades en las vías urinarias, como la litiasis renal, piedras en el riñón e infecciones de orina.

En el caso de los pacientes masculinos las enfermedades que estudia, diagnostica y rehabilita, son, entre algunas, anomalías en la próstata, excesos en los testículos, hernias inguinales y todo lo relacionado con el miembro viril, como erecciones, falta de eyaculación, etc.

El servicio de urología del centro hospitalario se divide en unidades asistenciales, ofreciendo al paciente, todos los servicios y atención necesaria para su curación, rehabilitación o intervención quirúrgica. Entre estas unidades se destacan las unidades de consultas externas hospitalarias, la unidad de hospitalización y la unidad de quirófanos.

Las consultas externas ofrecen al paciente la atención ambulatoria que se ha derivado desde su centro de atención primaria o desde otra unidad perteneciente al hospital. La unidad de hospitalización, en régimen de internamiento, ofrece los cuidados pre y pos de la intervención quirúrgica, así como la atención durante el proceso asistencial. Y por último la unidad de quirófanos es la encargada de la extirpación, colocación e intervención de las patologías que el paciente presenta.

2 Objetivos

-Describir el trabajo que realiza la enfermera en el servicio de urología.

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 enfermera, cuyo destino se encuentra ubicado en el servicio de urología, realizará las labores propias y específicas de la unidad donde se encuentra. Estas unidades y labores son las siguientes:

-Funciones de la enfermera en la unidad de hospitalización:

La enfermera que está realizando su trabajo en la unidad de hospitalización tiene al cargo una serie de pacientes, a los cuales debe atender y cuidar, ofreciendo los protocolos que cada uno tiene asignados, dependiendo, si están ingresados para una intervención quirúrgica, se recuperan de la intervención realizada o simplemente deben seguir un tratamiento pautado por el especialista.

La enfermera de la planta debe rellenar diariamente en la hoja clínica del paciente todos los datos y la medicación dada a cada uno de sus pacientes, así anotar,

cualquier incidencia que tuvieran. En los pacientes que van a ser intervenidos, es la encargada, de su preparación pre quirúrgica, informando al mismo de todo lo relacionado con su operación, así como la preparación de sueros, vías y otros aparatos que deba llevar el paciente. En la fase postquirúrgica, la enfermera, es la encargada de la realización de todas las curas, revisiones, cambio de apósitos, que tenga su paciente, anotando diariamente la evolución de la herida o cicatriz de dicha intervención.

-Funciones de la enfermera en la unidad de consultas:

La enfermera en la unidad de consultas externas es la encargada de reflejar todo el historial clínico del paciente, así como, las prescripciones médicas dadas por el urólogo, siendo muy importante, revisar el historial del paciente, previamente a la consulta. La enfermera emite los volantes de posibles revisiones y de pruebas complementarias, ofrecidas por el especialista, informando al paciente de las prescripciones de medicación y de las correspondientes pruebas diagnósticas.

-Funciones de la enfermera en la unidad de quirófanos:

En el quirófano, es la enfermera, la encargada de mantener siempre el campo estéril de la operación, así como, la enfermera instrumentista, pasará al urólogo cualquier instrumentación que le solicite. Es la encargada de dirigir al celador en la movilización y colocación del paciente en la mesa de operaciones, así como, de los posibles cambios producidos durante la intervención. También la enfermera tiene la misión de dirigir el traslado del paciente a su cama o camilla, instruyendo al resto del personal la manera de realizarlo, para evitar desplazamiento de puntos de sutura o de cualquier otro trasplante realizado.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado a lo largo del capítulo que las funciones y labores de la enfermera dentro del servicio de urología son múltiples y diversas, según la unidad del propio servicio donde tenga su puesto. Los pacientes ingresados en la planta de urología a su cargo, son una prioridad, para la enfermera, en su curación lo más temprana posible, así como, la no infestación de las heridas y suturas de los intervenidos quirúrgicamente.

En la unidad de quirófano, la enfermera instrumentista, es la responsable de mantener siempre el campo estéril de todo el material necesario para la intervención, así como de su rápida respuesta, en la demanda del urólogo de cualquier instrumento, dependerá que el paciente esté expuesto el menor tiempo posible a bacterias nosocomiales presentes en los quirófanos.

6 Bibliografía

1. <https://uprosama.es>.
2. <https://www.enfermeria21.com>.
3. <https://www.urologiasanrafael.com>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 106

ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

ANTONIO GALIANO JURADO

LAURA ANDARIAS MORALEDA

LEACIR MARIA RIGOTTI SOUZA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MORENO

CARMEN SANCHEZ MONTAÑES MARTIN POZUELO

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre quién es el personal de enfermería que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Siempre que no surge algún problema de salud, siempre queremos ser atendidos en el mejor centro médico y por el mejor personal sanitario.

Pero para poder lograr esa atención de calidad, no hay que olvidarse de lo importante que es el papel que juega el personal de enfermería para atender nuestra dolencia.

A modo de introducción, podemos decir que la enfermería es una profesión que está más o menos enfocada hacia aquellas personas que tienen una vocación de servicio hacia las demás personas y que sienten una preocupación hacia ellas y les van a atender de la mejor manera posible.

El personal de enfermería es el que se encarga de realizar el cuidado y atención de las personas que acuden al centro sanitario.

Por repasar de forma genérica, algunas de las funciones que realiza el personal de enfermería son hacer análisis de sangre, curar heridas, hacer exámenes físicos del paciente, entre muchas otras.

En este trabajo vamos a hablar sobre la actuación del personal de enfermería ante la intubación endotraqueal.

La intubación es el procedimiento de insertar un tubo a través de la boca en una emergencia. Este método se usa para asegurar una vía aérea y proporcionar oxígeno, medicamentos y anestesia; soporte respiratorio en algunas enfermedades como neumonía, insuficiencia cardíaca, enfisema, eliminar la obstrucción de las vías respiratorias, proteger los pulmones de, entre otras cosas, los peligros de aspiración.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados que debe brindar el enfermero durante la intubación y la importancia de su trabajo durante este procedimiento.

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 intubación endotraqueal es el procedimiento de elección para aislar completamente la vía aérea con un tubo colocado en la tráquea para ventilar al paciente. Este procedimiento permite el uso de altas concentraciones de oxígeno, así como la aspiración traqueal y la administración de medicamentos. Entre los materiales que la enfermera debe preparar para este procedimiento están: tubos endotraqueales y orofaríngeos de varios tamaños, estetoscopio, fórceps de Magilla, guantes, lubricante, jeringa de 10 ml, cinta adhesiva, tijeras, máquina de succión, conservante semiduro, filtro antibacteriano, oxígeno fuente. , bolsas de ventilación con

contenedores y máscaras de varios tamaños. El profesional de la salud siempre apoyará al profesional de la salud proporcionándole los suministros necesarios y ayudándolo con la intubación. La enfermera debe preparar la técnica estirando el paño estéril y colocando todos los materiales sobre él, comprobando todos los materiales, especialmente el correcto funcionamiento de la cámara de aire y el laringoscopio. Luego, el paciente debe colocarse en posición supina con el cuello exagerado para que el médico se acueste detrás de la cabeza y pueda realizar la técnica correctamente. Los cuidados de enfermería deben asegurarse de que el paciente no tenga prótesis dental en la boca y, si es necesario, proceder a su extracción. Después de la intubación, la enfermera debe verificar la precisión de la auscultación epigástrica y de ambos campos pulmonares. Después de la intubación, la enfermera debe ventilar y proporcionar oxígeno al paciente con un catéter, una máscara y una bolsa de reanimación con un reservorio conectado a una fuente de oxígeno. Después de la intubación, las enfermeras deben tener especial cuidado para mejorar la comodidad del paciente y prevenir posibles complicaciones, de las cuales la principal complicación es la neumonía intrahospitalaria.

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

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 107

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA UNIDAD FAMILIAR

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

1 Introducción

La enfermería es una profesión que con el paso de los años se ha ido acercando más a la población y en todas sus etapas, infancia, adolescencia, edad adulta y edad anciana. Está presente en el nacimiento y en la muerte. Es por ello que ha ido evolucionando hasta crear la figura de la enfermera dedicada a la comunidad, llamada enfermera especializada en familiar y comunitaria. Está presente en el desarrollo de cada persona, y una de sus más importantes funciones es promover hábitos saludables para poder prevenir la enfermedad.

Actualmente, el paradigma de la profesión enfermera se centra en la visión holística del paciente con su circunstancia como papel central ante el tratamiento de la enfermedad. La familia es uno de los aspectos determinantes del estado del paciente, por lo que enfermería debe avanzar en el conocimiento del trato al paciente como unidad familiar.

Este trabajo consiste en explicar qué es una familia sana, qué características tienen que estar presentes en esta congregación de individuos, qué diferencias encontramos con respecto a una familia disfuncional, el afrontamiento de una enfermedad en el núcleo familiar y reconocer la figura de la enfermera y el desarrollo de su papel como enfermera comunitaria en un conflicto familiar de tal envergadura.

2 Objetivos

- Dar a conocer conceptos relacionados con la familia y sus funciones.
- Indicar la importancia de la figura de la enfermera especializada en familiar y comunitaria con respecto a la familia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed o Scielo, sin restricción de número de artículos ni de idioma.

Se han utilizado 9 Artículos procedentes de revisiones universitarias de las páginas web de Encolombia, Rincón de la Psicología, Educaweb, Enfermería Global y Scielo.

4 Resultados

CONCEPTO DE FAMILIA SANA

El concepto que tenemos actualmente de familia es el de una unidad de personas, que pueden convivir, o no conjuntamente, y que presentan relaciones personales entre sí.

Una familia sana y funcional será aquella en la cual, los integrantes se sientan aceptados y respetados gracias a la presencia de normas, hábitos y costumbres en las que se puedan desenvolver como personas. Los integrantes de una familia funcional verán posible un desarrollo personal, mientras que los integrantes de una familia tóxica presentarán discapacidades emocionales que pueden ser determinantes en la aparición de trastornos psicológicos.

En una familia sana se potenciará la comunicación de forma efectiva para poder permitir la expresión de los sentimientos y pensamientos de sus integrantes. Será crucial que, en una situación de enfermedad, todos los integrantes muestren su interés y responsabilidad para la recuperación del paciente.

CARACTERÍSTICAS DE UNA FAMILIA SANA

- Límites generacionales

Son los distintos niveles de autoridad basados en la edad de los miembros de la familia. También se le conoce como jerarquía familiar. La repartición de estos roles debe ser adecuada y equitativa. Ambos progenitores deben tener la misma autoridad, es decir, jerarquía horizontal. Si uno de los padres adquiere más poder que el otro, la estabilidad familiar se ve afectada, al que se le arrebatara autoridad, puede adquirir un carácter sumiso o desarrollar actitudes nocivas para los otros miembros de la familia.

Respecto a los hijos, la jerarquía es vertical. Esto permite a los padres poner una serie de normas y asegurar su cumplimiento. Si las líneas de poder no están bien definidas pueden surgir problemas tales como hijos abusivos o la adquisición de autoridad por parte de personas ajenas al núcleo familiar.

- Autonomía de cada miembro de la familia

La autonomía es la capacidad de elección respecto a nuestras ideas, pensamientos, criterio y experiencia. Es una característica que debemos desarrollar a lo largo de nuestra vida. Los padres son el principal factor de aprendizaje. Ellos tienen que potenciar el proceso de la búsqueda de la autonomía. Los padres tienen que fomentar la capacidad de actuación de los hijos, deben incitarles a tomar sus propias decisiones y permitir que cometan errores para que reflexionen, aprendan sobre ellos y avancen.

Es imprescindible que los niños aprendan a responsabilizarse de sus decisiones y de sus acciones. En su defecto, si esta situación de autonomía no se da en el entorno familiar, significa que, por miedo al resultado, el progenitor evitará los riesgos de las acciones de sus hijos, y, por tanto, no aprenderán las consecuencias de sus actos. Esta conducta de sobreprotección conduce a una inhibición de la responsabilidad, de la independencia y de la autonomía del niño. Además, el niño tendrá una inadecuada percepción de la realidad, será dependiente de sus padres y una persona muy vulnerable.

Para poder desarrollar la responsabilidad en el niño, los padres deberán fomentar la independencia, el esfuerzo y la iniciativa personal a través de: la reflexión personal como progenitor, compartir experiencias con otras familias, hablar con profesionales del entorno del niño y disminuir la exigencia del niño, permitiéndole cometer errores para aprender de ellos.

En caso de que la familia tenga un miembro enfermo, la familia sana ayudará y colaborará en su recuperación, o en su adaptación como defecto. Respecto a la autonomía, se llevarán a cabo estrategias de autocontrol (para regular su comportamiento), hábitos de la vida diaria y colaboración (para fomentar su autonomía

física), ejercicios de autoevaluación para desarrollar su autonomía cognitiva, y actividades para tener una buena autoestima, que corresponde con la autonomía emocional.

AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El afrontamiento es todos los recursos que tiene una persona para sobreponerse a situaciones difíciles. Por lo tanto, el afrontamiento familiar es la capacidad que tiene un núcleo familiar de hacer frente y buscar soluciones a los diferentes problemas que puedan surgir, en este caso, respecto a la salud.

Para ello es necesario el desarrollo de estrategias de enfrentamiento que, si bien no solucionan el problema, hacen que el estrés al que se ven expuestos los miembros de la familia sea menor. Las estrategias son diferentes dependiendo de lo que cada situación específica requiera.

Estas estrategias pueden aumentar y fortalecer los recursos, pero debemos tener en cuenta que no se crean rápidamente, sino que se van modificando a lo largo del tiempo.

Estas estrategias pasan por una serie de fases:

1. Ajuste: todos los patrones están bien establecidos. Es una fase estable en la que los conflictos son menores y fácilmente manejables.
2. Crisis: los recursos no son suficientes para manejar la situación que se presenta.
3. Adaptación: los esfuerzos se enfocan a comprender la nueva realidad y a desarrollar nuevas técnicas y recursos. La correcta adaptación provoca que la salud familiar sea la adecuada, tanto física como mental. Cada rol se lleva a cabo correctamente, lo que permite un desarrollo individual de todos los miembros de la familia, sin afectar a la unidad de la misma.

Las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse a partir de las investigaciones de McCubbin, Olson y Larsen (1981).

1. Reestructuración: es la habilidad que tiene la unidad familiar de enfocar los problemas, con el fin de que sean más manejables.
2. Evaluación pasiva: es la capacidad de minimizar la reacción a los problemas, haciendo más sencilla su aceptación.
3. Atención de apoyo social: la capacidad de participar de forma activa en conseguir apoyo de otros miembros de la familia y núcleos cercanos.
4. Búsqueda de apoyo espiritual: es la habilidad que presentan los miembros de la familia de conseguir apoyo espiritual.
5. Movilización familiar: hace referencia a la capacidad abrirse a la comunidad para pedir ayuda.

TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El trabajo de la enfermera en el entorno familiar se basa en apoyar y asesorar a

la familia durante el proceso de cuidados. Hay tres niveles de prevención:

1. Prevención primaria: La enfermera asesora y enseña a la familia conocimientos previos a la situación disfuncional que está viviendo.
2. Prevención secundaria: La enfermera brinda su apoyo en situaciones de estrés para la familia, de forma que se afronte de la mejor manera la situación, sin llegar a la disfunción familiar
3. Prevención terciaria: La familia ya es disfuncional, por lo que el trabajo de la enfermera es derivar el caso a un especialista de Salud Mental.

En enfermería hay una especialidad dedicada a la comunidad y a la familia: enfermería familiar y comunitaria. Su objetivo principal es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel familiar y de comunidad. Visitan los hogares de las personas para asesorar, asistir y educar. Su mayor rango de actuación son los niños, los ancianos, personas inválidas o con enfermedades crónicas, alcohólicos, entre otros.

Para llevar a cabo su función, realizan clases y sesiones clínicas, como consultas de salud infantil, clases de parto y postparto. Además, proporcionan servicios de vacunación infantil. El perfil profesional de este sanitario deberá ser de una persona que sabe escuchar, dar consejos, hablar con personas de todas las edades y culturas. Debe ser sensible, con tacto, pero a la vez debe ser fuerte emocionalmente para lidiar con cuestiones como el luto, el maltrato o enfermedades terminales.

Debe ser una persona organizada, trabajar bien en equipo y tener habilidades de observación, pues debe darse cuenta de signos de enfermedad, de problemas que pueden surgir a lo largo de la evolución de los pacientes, incluso si el paciente no lo expresa.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera a nivel familiar es una pieza fundamental en el desarrollo de una familia sana, a la vez que en la evolución de una familia disfuncional que requiere de su ayuda. Es un recurso público que no todo el mundo conoce, y que aporta asesoramiento, apoyo moral y profesional al entorno familiar. Es imprescindible que la población conozca esta faceta de la enfermería, y no solo la asistencial. Esta acción se puede llevar a cabo gracias a la figura de la enfermera especializada en familiar y comunitaria, que desarrolla funciones tales como acompañamiento, asesoramiento, comunicación fluida, y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Patricia María Herrera Santí. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Scielo.
2. García DJMS. Introducción a la Salud Mental. Medicina (B Aires). 2012;
3. Familia funcional vs. Familia disfuncional: 20 diferencias ☒ Rincón de la Psicología [Internet]. [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://rinconpsicologia.com/familia-funcional-familia-disfuncional/>
4. Intervención familiar, fomentando la autonomía - Funcasor [Internet]. [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://www.funcasor.org/autonomia/>
5. Estrategias a nivel familiar: desarrollando la autonomía. (Parte I) [Internet]. [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/estrategias-a-nivel-familiar-desarrollando-la-autonomia-parte-i.html>
6. Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. Enfermería Glob. 2017 Jun;16(3):576.
7. Macías MA, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicol desde el Caribe. 2013;30(1):123–45.
8. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR, MEDICINA FAMILIAR, SALUD. In: EDUCACION CONTINUADA PARA EL MEDICO GENERAL.
9. Enfermero familiar y comunitario - educaweb.com [Internet]. [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-familiar-comunitario-118/>

Capítulo 108

EFECTIVIDAD DE LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN HOMBRES

MARIA HORNA MARTINEZ

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más común y está relacionada con muchas afecciones y tipos de cáncer. Aunque suele asociarse con enfermedades en las mujeres, los hombres también corren riesgo. Las complicaciones pueden incluir verrugas genitales, cáncer anal, cáncer de nasofaringe y cáncer de pene. La eficacia de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en hombres varía según el tipo de vacuna utilizada. Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH es eficaz para prevenir infecciones causadas por los virus contenidos en la vacuna. Por ejemplo, la vacuna tetravalente (que protege contra los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH) ha demostrado ser eficaz en los hombres para prevenir enfermedades relacionadas con el VPH, como las verrugas, como las verrugas genitales y algunos tipos de cáncer, como el cáncer de ano.

La vacuna nonavalente protege en mujeres contra los tipos de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, también han demostrado ser eficaces para prevenir enfermedades relacionadas con el VPH en los hombres.

Es importante tener en cuenta que la eficacia de la vacuna puede variar según factores como la edad, el estado inmunológico previo contra el VPH y el cumplimiento de las dosis recomendadas.

2 Objetivos

Evaluar la eficacia de la vacuna del VPH en hombres en la prevención de infecciones por VPH, así como en la reducción de la incidencia de enfermedades relacionadas con el VPH.

3 Metodología

En este estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre la eficacia de la vacuna del VPH en hombres. Se realizaron búsquedas en bases de datos médicas y se seleccionaron los estudios que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, como ensayos clínicos controlados y estudios observacionales con un tamaño de muestra adecuado.

4 Resultados

Se considera que la vacuna tiene un impacto directo en la prevención de ciertas enfermedades.

A continuación, se detallan su eficacia y sus alcances:

Prevención del cáncer anal: en muchos casos, el cáncer anal es causado por cepas específicas del virus VPH. Las vacunas contra este virus han demostrado ser un muro de protección, previniendo la mayoría de estos casos.

Reducción de las verrugas genitales: Las verrugas genitales, aunque no siempre causan problemas graves, pueden provocar malestar y efectos psicológicos en los afectados. Gracias a las vacunas, la aparición de estas verrugas ha disminuido significativamente.

Minimizar la transmisión de virus: Al reducir el número de portadores activos de virus, reducimos la transmisión de virus. Esto no sólo protege a la persona vacunada sino que también actúa en beneficio de la comunidad, frenando la propagación del virus.

Datos de ensayos clínicos: Para generar confianza en esta vacuna, varios ensayos clínicos probaron su eficacia. Y los resultados fueron alentadores: en la prevención de las verrugas genitales y el cáncer anal asociados con las cepas del VPH cubiertas por la vacuna, su eficacia superó el 90%. Esto significa que 9 de cada 10 hombres estarán protegidos contra estas afecciones después de recibir la vacuna. Sin embargo, es importante recordar que, como todas las enfermedades, la prevención es la mejor herramienta. La vacunación temprana y la educación sobre

prácticas sexuales seguras son esenciales para reducir el riesgo y la propagación del virus.

Cabe señalar que no sustituye a otros métodos de prevención:

La vacuna no protege contra todos los virus, por lo que las mujeres deben seguir realizándose citologías o pruebas de Papanicolaou con regularidad.

En España, como en muchos otros países, la lucha contra el VPH es una prioridad de salud pública debido a las complicaciones asociadas a determinadas cepas del virus como, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino. Las vacunas disponibles y su uso recomendado se describen con más detalle a continuación:

Cervarix:

Tipos de VPH cubiertos: esta vacuna protege contra los tipos de VPH 16 y 18, que causan aproximadamente el 70 % de los cánceres de cuello uterino.

Cómo utilizar: Generalmente se toma en un esquema de dos dosis, con 6 meses de diferencia. Sin embargo, para mayores de 15 años se recomienda un esquema de tres dosis.

Gardasil:

Tipos de VPH tratados: Gardasil protege contra los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18. Además de los tipos 16 y 18 que causan cáncer, también incluye los tipos 6 y 11, que causan la mayoría de las verrugas genitales.

Cómo utilizar: Al igual que Cervarix, el medicamento generalmente se administra en un esquema de dos dosis para jóvenes, con 6 meses de diferencia, y tres dosis para personas mayores de 15 años.

Gardasil9:

Tipos de VPH cubiertos: Esta es la vacuna con mayor cobertura. Protege contra los tipos de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, que incluyen una mayor proporción de tipos que causan cáncer de cuello uterino.

Cómo utilizar: Al igual que otras vacunas, Gardasil 9 se administra según un esquema de dos dosis para jóvenes y tres dosis para personas mayores de 15 años.

Recomendaciones para la administración de las vacunas en España:

Las recomendaciones pueden variar ligeramente entre comunidades autónomas, pero en general en España la vacunación contra el VPH debería iniciarse en niñas y adolescentes. Como se ha comentado anteriormente, en Aragón, por ejemplo, la vacunación comienza a los 12 años. Es importante completar su esquema de vacunación para obtener la máxima protección posible contra el VPH.

Aunque es preferible la vacunación temprana, las personas que no fueron vacunadas cuando eran niños pueden beneficiarse de la vacunación cuando sean adultos. Es importante consultar a su médico o profesional sanitario para conocer la mejor opción de vacunación y el calendario de vacunación adecuado según

su edad y situación específica.

5 Discusión-Conclusión

La vacuna contra el VPH se considera segura y eficaz para prevenir las infecciones por VPH y reducir la incidencia de enfermedades relacionadas con el VPH en los hombres. Estos resultados confirman la importancia de la vacunación en hombres como estrategia eficaz para prevenir enfermedades relacionadas con el VPH. Los estudios generalmente se han centrado en la eficacia de la vacuna en adolescentes, pero puede beneficiar a adultos no vacunados previamente.

Se ha demostrado que la vacuna previene la mayoría de los casos de cáncer anal causado por el VPH, reduce las verrugas genitales y minimiza la transmisión del virus.

Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH es especialmente eficaz en personas que nunca han sido infectadas con el virus. Es fundamental entender que si bien la vacuna protege contra algunos tipos de VPH, no es capaz de tratar o eliminar una infección establecida. De ahí la importancia de vacunarse antes de exponerse al virus, preferiblemente antes de iniciar la vida sexual.

Sin embargo, cabe señalar que incluso si una persona ha sido infectada con un virus específico, la vacunación aún puede proteger contra otros virus a los que no ha estado expuesta previamente. Por tanto, es fundamental que, cualquiera que sea su situación individual, consulte a su médico para obtener consejos y recomendaciones específicas sobre la vacunación contra el VPH.

Los efectos secundarios más comunes son leves y temporales, como dolor en el lugar de la inyección o fiebre leve. Es especialmente eficaz cuando se usa antes de la exposición al virus.

Cabe señalar que algunos autores como Peter Gotzsche comentan que la relación beneficio-riesgo de la vacunación y la posibilidad de riesgos más graves (especialmente los asociados a los adyuvantes) pueden no ser compensables a nivel individual para algunas personas.

6 Bibliografía

1. Sehnal B, Chlábek R, Sláma J. Význam HPV vakcinace mužů [The importance of HPV vaccination in men]. *Cas Lek Cesk.* 2016;155(4):34-9. Czech. PMID: 27481200.
2. Spînu AD, Anghel RF, Marcu DR, Iorga DL, Cherciu A, Mischianu DLD. HPV vaccine for men: Where to? (Review). *Exp Ther Med.* 2021 Nov;22(5):1266. doi:

- 10.3892/etm.2021.10701. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34594403; PMCID: PMC8456458.
3. Rossi C, Vanhomwegen C, Laurent F. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les garçons et les hommes : actualités et recommandations [HPV vaccination in boys and men : update and recommendations]. *Rev Med Brux*. 2018;39(4):352-358. French. PMID: 30321000.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/vacunacion-en-chicos-del-virus-del-papiloma-humano/>.
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36916016/>.
6. <https://enfermeriaevidente.com/es-segura-y-eficaz-la-vacuna-del-vph-en-hombres/>.
7. Tabla Calendario de Vacunación infantil Aragón 2023[Sede Web]. Aragón: Gobierno de Aragón; 17 febrero 2023 [acceso 15 junio 2023] Calendario de vacunaciones [1 pág]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/35325114/Tabla_Calendario_Vacunacion+_Infantil_Aragon_2023_vs2023-02-28.pdf/8e68f41e-2e18-8bd5-8256-43e6432c7de5?t=1677588692404.
8. Blanco Rodríguez M. Efectos beneficiosos de la vacunación frente al VPH en hombres [Internet] 2022[acceso 20 de junio 2023] vol 18 (e14061): pág 1-57. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e14061/e14061>.

Capítulo 109

INMIGRACIÓN Y SALUD. GRUPOS MARGINALES. EL TRATO DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LOS INMIGRANTES

LEIRE GARCÍA-CONSUEGRA CUESTA

CARMEN MARÍA BRAVO FERNÁNDEZ

ALMUDENA VALENCIA DEL FRESNO

MARÍA PÁRRAGA FRANCISCO

CARLOS VERA HERVÁS

1 Introducción

Para la comprensión del artículo nos centraremos en el concepto de grupo marginal e inmigración.

Grupos marginales: dicho de una persona o de un grupo que vive o actúa, de modo voluntario o forzoso, fuera de las normas sociales comúnmente admitidas.

Inmigración: movimiento de población que consiste en la llegada de una persona o grupos de personas a un lugar o país diferente de su lugar de origen para establecerse en él, en busca de mejores medios de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad y/o dolencias. La salud es un derecho que debe ser protegido por leyes que deben de incluir a hombres, mujeres, niños, personas con discapacidad, inmigrantes y refugiados. Según datos de 2019, la cifra de extranjeros ha aumentado a 5 millones. Esto supone un 10,7% de la población total española, 47.007.367.

En sanidad hay que llevar a cabo una política no discriminatoria, ya que en muchos lugares los inmigrantes son tratados de distinto modo que los habitantes del país. Además, se añaden las dificultades lingüísticas, las creencias y la religión. Para hacer frente a las barreras lingüísticas y religiosas en el ámbito sanitario se han tomado ciertas medidas para hacer más fácil la adaptación de este grupo de individuos al país.

En cuanto a las barreras lingüísticas, se han añadido en las unidades de ambulancias a traductores que ilustren a los inmigrantes el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Para solventar las barreras religiosas, el personal sanitario debe respetar las creencias de los inmigrantes, siendo así educados y conscientes de las distintas culturas y tradiciones ajenas.

2 Objetivos

- Explicar los factores que influyen en los inmigrantes en el sistema sanitario.
- Enumerar los sistemas de salud enfocados en la inmigración y medidas que podemos adoptar como profesionales de la salud.

3 Metodología

Para llevar a cabo este artículo se ha realizado una búsqueda bibliográfica online sin restricción de número de artículos ni de idioma.

Se han consultado seis fuentes, entre las cuales constan la Real Academia Española, la Revista de Bioética y Derecho, revista Salud Pública de México, una revisión de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería.

4 Resultados

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS INMIGRANTES:

Con la llegada de un inmigrante a su destino, en el ámbito sanitario hay que tener en cuenta dos factores: la vulnerabilidad social, que afecta en 3 áreas (la salud en el origen, la salud en el tránsito y la salud en el destino) y la salud de la migración.

1. Vulnerabilidad social

La vulnerabilidad social hace referencia a la desprotección que pueden tener ciertos grupos sociales ante determinados aspectos que pueden conllevar problemas en la salud y generar problemas a la hora de tener la necesidad de acudir a los servicios de salud. Es por ello que se hace visible la inequidad que existe entre los distintos grupos sociales y culturales de un mismo país ante los servicios de salud que ofrece el mismo.

Existen diversas condiciones que pueden hacer que el grado de vulnerabilidad se diferente en función de: población de origen, población de tránsito y población de destino.

• Salud en el origen

Los inmigrantes suelen proceder de lugares demográficos más pobres, donde hay peores condiciones y existe una ausencia de recursos que impiden el bienestar de estas poblaciones.

En estos países, es abundante también la salida hacia otros países de aquellas personas “más cualificadas” que buscan mayor bienestar y que debido a la ausencia de recursos no pueden obtener en su país. Una causa muy común de migración es la búsqueda de obtención de mejor atención médica.

• Salud en el tránsito

La vulnerabilidad social puede aumentar en el momento que los inmigrantes en un país no poseen documentación. Es debido a esta falta de ésta que el número de muertes de migrantes ha aumentado en los últimos años. Esto se debe en un principio a las enfermedades que ya poseían estando en su lugar de origen y que probablemente fueran causa de la migración, sin embargo, la presencia militar en las fronteras limita su entrada a otro país.

Si hablamos en un contexto en el que muchos de los inmigrantes provienen de países económicamente más pobres, aumenta la probabilidad de ausencia de documentación y por tanto que haya más dificultad a la hora de obtener los recursos que precisan.

• Salud en el destino

Una vez que los migrantes han llegado al país de destino, surgen diversas situa-

ciones que hacen que la vulnerabilidad social sea mayor.

Este es el caso de los prejuicios que tiene la sociedad sobre los inmigrantes, el rechazo que sienten algunas personas hacia ellos y que dificultan la convivencia en el mismo lugar.

Si lo enfocamos a la salud, podemos ver que en ciertos países, la sanidad está privatizada, lo que supone un gran problema para los inmigrantes, pues en general, provienen de países más pobres económicamente. Esta escasez de dinero dará lugar a una mayor dificultad para acceder a los sistemas sanitarios y, por ende, a una difícil obtención de aquellos recursos que necesiten.

2. Salud de la migración

La salud de la migración es un tema muy tratado debido a que permite estudiar las diferencias entre la salud que se tiene en el país de origen y la que se tiene en el país de destino. Este tipo de estudios permiten identificar que tipo de factores influyen en las personas migrantes, no por aquellos que se conviertan en motivos o razones para ir a otro país, sino para identificar aquellos factores que son importantes en cuanto a la salud, por ejemplo, factores que hacen que una enfermedad sea más frecuente en un país que en otro,

En muchos de los países de origen de estos migrantes, como ya hemos mencionado, la situación económica es mucho más baja, por tanto los recursos son menores. Esto puede afectar por ejemplo a la higiene, que es una de las grandes causas de las enfermedades que más aparecen en estos países, como son las ETS o el VIH. Sin embargo, en los países donde migran estas personas se pueden obtener los recursos necesarios para poder solucionarlos, al margen de que surjan problemas como la vulnerabilidad social o el difícil acceso a los sistemas sanitarios debidos al posible rechazo.

Por ello los países donde migran estas personas deben tener en cuenta los determinantes que influyen en la salud de estas personas, creando por ejemplo políticas que ayuden a la inclusión social, por ejemplo: proponiendo actividades de participación comunitaria, facilitando así su inclusión y acceso a todos los servicios que necesiten y, además, participando en la comunidad, teniendo siempre en cuenta la vulnerabilidad social que surge para ayudar a que esta se reduzca al máximo posible.

SISTEMAS DE SALUD ENFOCADOS A INMIGRANTES

Como ya hemos indicado anteriormente, es muy importante dar cobertura sanitaria a un colectivo tan significativo. Por ello, debemos crear y aplicar leyes para

proteger al inmigrante en el ámbito sanitario. Es indispensable tener en cuenta el derecho a la salud del mismo y su aceptación por parte del equipo sanitario, cuya actuación y medidas son esenciales para la adaptación de los inmigrantes a su nueva área de salud.

1 Derecho a salud y adaptación

“El derecho a la salud ha sido reconocido por las diversas corrientes de la doctrina como uno de los derechos sociales cuya naturaleza jurídica no es fácilmente descriptible, especialmente porque la sola definición de “salud” puede ser complicada.”

Como ya sabemos todos la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Tenemos que tener en cuenta que cuando se habla de derecho a la salud, lo que realmente se reconoce es el derecho a la protección o tutela de la salud.

El contenido del derecho de la salud es el contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en el cual se dice que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Haciendo referencia a esto el comité DESC de la ONU reconoce que la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, y que cuyo propósito se puede alcanzar mediante procedimientos complementarios que están a disposición de todos. Por eso el Comité de DESC de la ONU explica que el derecho de la salud está estrechamente relacionado con la realización de otros derechos humanos, estos podrían ser el derecho de la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la no discriminación, a la igualdad, a la vida privada, entre otros.

A finales de los años 70 se elaboró la Declaración de Alma Ata (OMS/UNICEF, 1978), un documento por el que la OMS definió la orientación mundial en materia de protección y garantía del derecho a la salud y mediante la cual adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud y diseñó inicialmente los lineamientos generales de política para responder a las necesidades de salud de la población mundial. En los años 90 se volvió a redefinir los objetivos con los cuales sería posible el cumplimiento de este derecho.

El Comité de DESC de la ONU ha establecido las que serían las obligaciones esenciales en relación con el derecho a la salud exigibles a todos los Estados y a partir de las cuales es posible fijar una serie de elementos básicos de la garantía

de los derechos sanitarios de la población inmigrante. En este sentido, el Comité de DESC de la ONU ha señalado que en relación con el derecho a la salud existen una serie de niveles básicos o mínimos que deben ser satisfechos por parte de los Estados, entre los cuales ubica la necesidad de garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, especialmente para los grupos vulnerables o marginados (dentro de los cuales normalmente se inscribe la población inmigrada) sin ningún tipo de discriminación y adoptar y aplicar estrategias y un plan de acción nacional de salud pública para hacer frente a los diversos problemas de salud de la población, entre otros.

El Comité de DESC ha señalado que el contenido mínimo del derecho a la salud comporta cuatro elementos u obligaciones esenciales básicas, a saber, las de garantizar la asequibilidad o disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención en salud.

- La asequibilidad: es la obligación del Estado de contar con un número suficientes de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas que garanticen la igualdad en las posibilidades de acceso.
- La accesibilidad: es la obligación del Estado de garantizar la accesibilidad a todos estos establecimientos, bienes y servicios de salud sin ningún tipo de discriminación. Dentro de la accesibilidad encontramos 4 aspectos: o La no discriminación: implica que la asistencia sanitaria sea accesible para todas las personas. o La accesibilidad material o La accesibilidad económica o El acceso a la información
- La aceptabilidad: señala que todos los establecimientos, bienes y servicios de la salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas.
- La calidad de atención en salud: deben proporcionar el personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas, que estén en igualdad de condiciones para toda la población.

La adaptación a un medio sociocultural nuevo es un proceso difícil de afrontar que requiere un aprendizaje durante el cual el inmigrante debe adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar distintas actividades en el entorno de forma eficiente. Es una situación altamente demandante y estresante para el individuo, que puede o no afrontar con éxito dependiendo de una serie de factores. En cuanto a la adaptación es importante conocer que no solo la población inmigrante se debe adaptar sino que también otros grupos sociales,

en este caso el equipo sanitario, debe formar parte de este proceso de adaptación para poder afrontar de la mejor manera las circunstancias o factores que influyen en este proceso.

Por ejemplo los inmigrantes tienen procesos de adaptación para adaptarse a las características propias de la población destino, al igual que el equipo sanitario debe adaptarse a las características culturales de los inmigrantes, porque como ya sabemos no todas las personas tenemos una misma concepción de salud-enfermedad u otros aspectos relacionados con la salud o que nos puede influir en esta como la comunicación, la religión, entre otros.

2. Actuación y medidas del equipo sanitario

Los centros de salud y servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y donde primero acuden los inmigrantes.

Por ello para los profesionales que trabajan en estos servicios puede ser de interés conocer la vivencia de salud-enfermedad que tiene la población a la que atienden. Debemos destacar también la importancia que se le da a la pregunta de ¿Qué atención sanitaria es la que garantiza el derecho a la salud?

La respuesta a esta pregunta es difícil de encontrar y puede ser múltiple y dependen de diversos factores como políticos, económicos y también desde un punto de vista clínico, científico o social. Por ejemplo algunas de las respuestas que encontramos para esta pregunta sería la atención primaria, especializada, de hospitalización o de urgencia, incluir o no el subsidio o el suministro gratuito de fármacos, cubrir o no enfermedades de alto costo, implicar prestaciones en el plano preventivo en el cual tienen cabida medidas de salud pública como las campañas de inmunización o la vigilancia sobre la calidad de los alimentos, e incluso potenciar la investigación científica sobre diversos aspectos sanitarios, entre otros.

Cuando hablamos de salud debemos tener en cuenta elementos culturales y sociales. Hay un vínculo bien establecido entre pobreza y bajo nivel de salud. Aquellos que están socialmente excluidos, como los desempleados, refugiados, inmigrantes pobres, y los sin hogar, presentan unos resultados de salud peores o mucho peores que la población general.

Los determinantes de salud de los inmigrantes se derivan de: la falta de acceso a un trabajo normalizado, de su situación irregular de residencia, del hecho de vivir en algunos casos en zonas de riesgo social elevado, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en muchos casos por falta de información y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias etnoculturales.

Un principio ético de la asistencia sanitaria muestra que debemos tener en cuenta a todo el mundo con la misma consideración y respeto, y no debemos discriminar a nadie por razón de etnia, sexo, creencias, edad, etc., promoviendo así la igualdad de oportunidades. El personal sanitario debe saber atender a las personas, teniendo en cuenta las diferencias de cada uno, así poder realizar una asistencia de manera personalizada conociendo la diversidad y las diferencias culturales y religiosas que influyen en la forma de entender la salud y la vida.

El personal sanitario puede llegar a vivir la atención del inmigrante con cierto estrés, ansiedad debido a las diferencias que nos podemos encontrar con respecto a su idioma, interpretación de salud y enfermedad, patologías desconocidas... Por esta razón los problemas a los que se enfrenta el personal sanitario en una consulta a un paciente inmigrante son problemas lingüísticos, de interferencias culturales y de interferencias emocionales.

En el manual de medicina transcultural se recogen recomendaciones para disminuir las diferencias culturales con los pacientes extranjeros. Algunos de los modelos de medicina transcultural son:

- Modelo del amanecer: el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Es el modelo más popular.
- Sistema CARE, proceso de Competencia Cultural en la Oferta de los servicios de Salud y preguntas ASKED: promueve la competencia cultural.
- Teoría de Purnell para la Competencia Cultural (1998): sistema de trabajo comprensivo, sistemático y conciso para enfrentarse a la diversidad cultural.

La competencia en medicina transcultural es fundamental para que el profesional sanitario realice una buena entrevista clínica.

Las medidas que se deberían de llevar a cabo en atención para la salud en un paciente inmigrante pueden ser educación sanitaria, educación para la salud en nutrición y salud infantil, atención a la mujer inmigrante, prevención y atención de problemas de salud laboral, etc. Entre otros.

También cabe destacar, que tiene un aspecto muy importante la participación de los mediadores culturales de salud, que es una figura puente entre los servicios de atención a la salud de la población inmigrante, mejorando la manera de relacionarse entre las distintas culturas.

Por otra parte, existen estrategias para lograr una mejor atención sanitaria al paciente inmigrante:

- Formación de profesionales sanitarios y no sanitarios, con el objeto de fomentar la formación de aspectos relacionados con la inmigración

- Favorecer la formación de asociaciones de inmigrantes, con el fin de ofrecer información que facilite el acceso a una atención sanitaria adecuada
- Potenciar la figura del mediador cultural, que en otros países ha demostrado ser un instrumento muy eficaz para facilitar el trabajo de puente entre distintas comunidades.
- Elaboración de guías y protocolos de atención al paciente inmigrante.
- Reorganización interna de los equipos de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

La inmigración va a estar presente en muchos ámbitos de la vida y por muchas razones, ya que existen diferentes tipos de inmigración como la de élites, económica o violencia política o bélica, como ya hemos explicado. Por esa razón, en este trabajo hemos querido hacer referencia a los aspectos relacionados con el sistema sanitario y los inmigrantes.

La identificación de factores que afectan a las personas en la salud es vital, ya que, dependiendo de su lugar de procedencia, unas enfermedades son más frecuentes que otras. Es una característica a tener en cuenta para evitar la vulnerabilidad social que los inmigrantes reciben por parte de los países de destino, adecuando los cuidados a sus necesidades, religión, tradiciones y costumbres, etc.

La salud es un derecho fundamental e indispensable relacionado con otros derechos humanos, tales como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la no discriminación y la igualdad, entre otros. Es por esta razón que el Comité de DESC de la ONU ha establecido una serie de elementos básicos de la garantía de los derechos sanitarios de la población inmigrante, los cuales son: asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y atención a la salud.

La labor y actuación sanitaria en cuanto a la inmigración se basará en adquirir competencia cultural. Así, se tendrán en cuenta los valores culturales y sociales distintos a los nuestros. Debe tener un objetivo claro para alcanzar así una atención médica, culturalmente adecuada y una capacidad clínica cultural competente, respetuosa y sensible.

La enfermería es una pieza clave para ayudar a la inserción de los inmigrantes al nuevo sistema sanitario. Es indispensable acompañar de la labor sanitaria la intervención de los regímenes políticos, pues sin ambas instituciones cooperando no se puede lograr la adaptación del nuevo colectivo.

Finalmente, con la educación para la salud, se pretende conseguir un estado de igualdad a la hora de tratar tanto a las personas nacionales como a los inmigrantes; e intentar no excluirlos más de lo que ya están por su situación previa.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la lengua española. Marginal [Internet]. 23.ª ed. Real Academia Española. Madrid: RAE; 2014. p. 1.
2. Álvarez Remudas, M. Inmigración y salud: la protección de la salud frente a la diversidad cultural. Inmigración y salud [Internet]. 2006; 7(8): 1-8.
3. Frenk J, Garnica ME, Zambrana M. Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. Salud Publica Mex [Internet]. 30 de julio de 1987 [citado 12 de septiembre de 2023];29(4):276 a 287. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/243>
4. Fuertes, C., & Laso, M.A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 29, 9-25.
5. López Rodríguez, M M. Comunicación sanitaria y marginalidad. Sanidad y marginación [Internet]]2010;1 (2): 178-186
6. Salgado de Snyder, V. N., González Vázquez, T., Bojorquez Chapela, I., & Infante Xibile, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. Salud Pública de México, 49(),8-10.[fecha de Consulta 13 de Septiembre de 2023]. ISSN: 0036-3634. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649004>

Capítulo 110

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y EL CORRECTO MANEJO DE LAS DIFERENTES VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PATRICIA MELERO ALEGRIA

SARA PAJARON BUENACHE

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Existen diferentes vías de administración de medicamentos que se utilizan dependiendo de la patología que se quiera tratar.

Estas vías son las siguientes:

Vía oral: se administran medicamentos a través de la boca

Vía intramuscular: Este tipo de medicamentos serán inyectados directamente en el músculo con la ayuda de una aguja diseñada para esta técnica.

Vía intravenosa: los medicamentos se introducen en la vena con la ayuda de un catéter.

Vía sublingual: colocados debajo de la lengua

Vía rectal o vía vaginal.

Vía ocular

Vía ótica

Vía nasal: vaporizados en la nariz y absorbido por la membrana nasal.

Nebulización: Con esta técnica el medicamento se inhala para que llegue hasta los pulmones.

Cutáneos: Medicamentos que se aplican directamente en la piel.

Cada vía de administración tiene unas características especiales y se deben de utilizar las técnicas que están desarrolladas y diseñadas en cada caso.

Los médicos especialistas serán los encargados de recetar y pautar la medicación que el paciente requiere en cada momento, los profesionales de enfermería serán los encargados y responsables de administrar los medicamentos con la dosis y la vía adecuada para cada caso.

Transdérmico: Distribuidos a través de la piel mediante un parche para poder obtener un efecto sistémico de la medicación.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales vías de administración de medicamentos, así como las técnicas que debe de conocer el profesional de enfermería para administrar los diferentes fármacos.

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: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con las diferentes vías de administración de fármacos.

4 Resultados

Dentro de las funciones que desarrolla el profesional de enfermería podemos destacar la administración de fármacos como una de las principales funciones y que más realiza en su día a día. Para realizar esta técnica que tiene tanta responsabilidad se deberá de hacer con eficacia y seguridad, para minimizar que existan

errores, ya que en muchas ocasiones pueden causar consecuencias graves a los pacientes.

Los profesionales médicos especialistas serán los responsables de pautar la medicación que se precise, pero el profesional de enfermería tendrá la responsabilidad de su correcta administración, es por ello que deben de estar correctamente formados y cualificados, ya que de ellos dependerá en cierto modo el éxito del tratamiento.

Los medicamentos se pueden presentarse en estado sólido, semisólido y líquido. Constan de un principio activo y un excipiente.

Entendemos por principio activo a la sustancia que se fabrica para que ejerza una acción farmacológica, metabólica e inmunológica en el organismo.

Los excipientes son sustancias que se utilizan para dar consistencia al medicamento, pero que no tienen ninguna acción farmacológica sobre el organismo.

Para garantizar que los medicamentos se administran de una forma correcta, los enfermeros deberán de cumplir unas normas:

Correcto lavado de manos

Comprobar que el medicamento prescrito coincide con el que se va a administrar.

Asegurarnos de que el medicamento que vamos a administrar se encuentre conservado correctamente siguiendo las recomendaciones del fabricante.

Identificar los posibles efectos secundarios pueden producir y asegurarnos que el paciente no es alérgico a esa medicación

Los medicamentos se administran con unos objetivos principales, estos son:

Utilizarlos para realizar pruebas diagnósticas

Como un tratamiento preventivo para aquellos pacientes que lo precisen

Una vez que se ha detectado la enfermedad, utilizarlo como tratamiento curativo

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar en el presente trabajo de investigación, existen múltiples vías de administración de medicamentos, así como diferentes técnicas para administrarlos de manera correcta.

Es por ello que los profesionales de enfermería deberán de conocer y dominar todas ellas para garantizar que el paciente recibe el tratamiento de una manera adecuada.

Además de las diferentes vías de administración, nos encontramos con diferentes tipos de medicamentos.

Seremos los encargados de suministrarlos, así como de calcular la dosis correcta para cada caso y así seguir el tratamiento que previamente ha pautado el médico

especialista, para garantizar que el paciente se recupere lo antes posible.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/vias-procedimientos-administracion-farmacos/>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002383.htm>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=

Capítulo 111

PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE QUIRÓFANO

PATRICIA MELERO ALEGRIA

SARA PAJARON BUENACHE

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Los enfermeros que desarrollan sus funciones en el servicio especial de quirófano, realizan sus funciones en un ambiente altamente técnico, donde los cuidados que se ofrecen van directamente proporcionados a la tecnología, por lo que surge la necesidad de saber utilizar los numerosos dispositivos y equipos que conforman un quirófano.

Los enfermeros que se encuentran trabajando en esta área deben de tener una formación y aprendizaje continuo, ya que la tecnología avanza considerablemente. El proceso de formación garantiza una buena asistencia al paciente.

Los enfermeros en quirófano trabajan en un equipo multidisciplinario con el resto de profesionales. Es por ello que el trabajo en equipo es primordial para que la operación sea un éxito.

La enfermera de quirófano será responsable de la coordinación del equipo quirúrgico y garantizará los cuidados especiales en cada momento, para garantizar al paciente la máxima comodidad posible.

Será necesario que se adelanten ante cualquier imprevisto y sean capaces de gestionar todos los servicios y recursos que se les brindan para aportar una asistencia de calidad.

Se garantiza una gran cultura de prevención y protección, estas son primordiales para la seguridad del paciente.

Dentro del quirófano existen dos figuras fundamentales de enfermería, estas son: enfermero circulante y enfermero instrumentista.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las principales funciones que desarrollan los enfermeros dentro del servicio especial de quirófano: enfermero instrumentista y enfermero circulante.

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: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científica sanitaria existente en referencia con las funciones que desarrolla el equipo de enfermería dentro de un quirófano.

4 Resultados

La enfermera instrumentista es aquella que debe de garantizar la seguridad y eficacia del campo estéril durante todo el procedimiento quirúrgico.

Además, será la encargada de ayudar al cirujano en todo lo que precise durante la intervención y le proporcionará todos los instrumentos y útiles estériles que necesiten en cada momento.

Algunas de las funciones que más importantes que desempeña esta figura de enfermería son las siguientes:

Mantener toda la mesa donde se dispone el material quirúrgico ordenado.

Garantizar una técnica aséptica durante todo el procedimiento

Participar en el recuento de gasas, instrumental, agujas siempre que se precise. Siempre se deberán de contar antes de la intervención y al finalizar la misma.

Conservará las muestras que obtenga el cirujano evitando que sufran cualquier tipo de contaminación para posteriormente ser analizadas por el equipo de anatomía patológica.

Una vez que la intervención ha finalizado, reunirá todo el material que se ha utilizado y se ordenará adecuadamente para volver a esterilizarlo siguiendo las pautas y precauciones que están establecidas.

La enfermera circulante será la encargada del paciente, además de ayudar en cada momento a la enfermera instrumentista, suministrando aquellos materiales que necesite y se encuentren fuera de su alcance.

Algunas de las actividades más importantes que desarrolla la enfermera circulante dentro de quirófano son las siguientes:

Informarse del tipo de intervención que se va a realizar para preparar todo lo que sea necesario para la misma.

Verificar que todos los dispositivos que se van a utilizar y se encuentren dentro del quirófano funcionen correctamente.

Colaborar con el equipo de anestesia para realizar el procedimiento.

Ayudar a los profesionales que se van a mantener estériles a vestirse para garantizar que la intervención se realiza con la máxima asepsia posible.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar, el papel que desempeña la enfermera dentro de un quirófano es muy importante.

Forma parte de un equipo multidisciplinar y tendrá una gran responsabilidad en que la intervención se realice con éxito.

Dentro del quirófano podemos destacar dos figuras importantes de la enfermería, estas son la enfermera instrumentista y la enfermera circulante.

Dependiendo del rol que toque desempeñar en cada intervención, deberá de realizar unas actividades u otras, ya que la enfermera circulante se centra más en los cuidados al paciente y en proporcionar todo lo necesario a los profesionales de quirófano, y la instrumentista garantiza que el cirujano obtenga todas las herramientas que precisa en cada momento.

6 Bibliografía

<https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/actividades-enfermera-circulante#:>
<https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-manejo-enfermeria-circulante-seguridad-pacientes->

Capítulo 112

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y EL PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

PATRICIA MELERO ALEGRIA

SARA PAJARON BUENACHE

DANIEL GARCÍA MARTÍNEZ

NOELIA CABEZA GARROTE

CARLA GEOVANNA LEVER

1 Introducción

Las transfusiones sanguíneas es un procedimiento de carácter médico que se utiliza para el tratamiento de enfermedades que afectan a la sangre. Según la organización mundial de la salud, entendemos la transfusión de sangre como la transferencia de componentes sanguíneos de un donante a un receptor.

Una transfusión sanguínea puede ayudar a que el paciente se recupere, por eso es importante que las personas donen sangre y siempre haya abastecimiento en los bancos de sangre.

Para que la transfusión de sangre se lleve a cabo se deben de dar varios factores que se comprobarán mediante una analítica para saber cuál es el grupo sanguí-

neo del receptor y así poder proporcionarle la sangre que necesite sin que tenga ningún tipo de complicación.

El papel que desarrolla el profesional de enfermería es fundamental en el proceso de la transfusión sanguínea, por aquellos cuidados que se deben de garantizar y la seguridad de los pacientes.

Dentro de nuestro organismo, la sangre constituye una cuarta parte del líquido extracelular y está compuesta por diferentes células sanguíneas.

La terapia de la transfusión de sangre está enfocada principalmente al aporte de componentes tanto celulares como del plasma que requiera el paciente en ese momento.

Se considera un tratamiento provisional.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las técnicas adecuadas que debe de adoptar el profesional de enfermería para la administración de una transfusión sanguínea.

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: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con la correcta administración de las transfusiones sanguíneas.

4 Resultados

Para poder suministrar a un paciente una transfusión sanguínea se deben de seguir varios pasos como es comprobar la compatibilidad sanguínea donante-receptor mediante un análisis de sangre.

El sistema ABO fue descubierto a mediados del siglo XX por KARL Landsteiner. Descubrió que los eritrocitos tienen diferentes proteínas, las llamo A y B. Además en el plasma existen anticuerpos que reaccionan directamente con los antígenos de los hematíes, a estos los denominó Anti-A y Anti-B, por lo tanto, se descubrió los cuatro grupos sanguíneos: A, B, O y AB.

El grupo A contiene hematíes con el antígeno A, mientras que en el plasma se encuentran los anticuerpos Anti-b.

El grupo B, tiene como antígeno el B en los hematíes y los anticuerpos en el plasma son Anti-A.

El grupo AB poseen ambos antígenos A y B aunque su plasma en este caso no contiene ningún anticuerpo.

El grupo O, en este caso los hematíes, no contienen antígenos de ningún tipo, mientras que en su plasma se encuentran ambos: Anti-A y Anti-B.

El profesional de enfermería será el principal encargado de administrar la transfusión sanguínea

Este proceso podemos dividirlo en tres fases:

Pre-transfusional, transfusional y postransfusional.

Los enfermeros deberán de adoptar las medidas de seguridad para garantizar que este procedimiento se realiza de una manera segura y eficaz para evitar cualquier tipo de complicación.

Debe de conocer las pautas que se deben de adoptar en el caso de que surjan reacciones adversas después de haber realizado este procedimiento.

Se deberá de observar al paciente durante los primeros 15 minutos de su administración. El enfermero será el encargado de identificar los signos y síntomas que esté padeciendo el paciente en ese mismo momento.

5 Discusión-Conclusión

Las transfusiones de sangre son procedimiento médico que ayuda a suministrar componentes sanguíneos y plasmático a aquellos pacientes que lo precisen por diferentes motivos.

Los profesionales de enfermería tendrán la obligación de conocer cuáles son las técnicas que se deben de adoptar para una correcta administración de la misma, así como saber identificar signos y síntomas que pueda sufrir el paciente ante una reacción adversa.

Es importante que antes de administrar la transfusión comprobemos que es la correcta y esperaremos 15 minutos después de su administración para observar al paciente y comprobar que no está sufriendo ningún efecto adverso al procedimiento.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/transfusion-hemoderivados-cuidados-enfermeros/>
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000431.htm#:text=>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S

Capítulo 113

ENFERMERÍA EN GINECOLOGÍA: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA EVALUAR LA FERTILIDAD

MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

La reproducción humana se efectúa mediante una serie de procesos en los que están involucrados los órganos genitales masculino y femenino.

El concepto de infertilidad hace referencia a la incapacidad de llevar a término el proceso de gestación, es decir, el embarazo, mientras que la esterilidad es la incapacidad de concepción, es decir, de que se produzca la fecundación del ovocito mediante relaciones sexuales habituales entre un hombre y una mujer.

Estas dos situaciones pueden deberse a diferentes causas: a alteraciones en los gametos, a alteraciones en el ambiente uterino o a alteraciones en los órganos reproductores, entre otros.

Las pruebas diagnósticas para evaluar la fertilidad se pueden realizar en ambos miembros de la pareja (al ser pruebas comunes), o bien estudiar el factor femenino de la mujer o el masculino del hombre.

Hay que señalar que algunas pruebas tienen una validez de seis meses, por lo que es necesario repetirlas si exceden este periodo. Una vez finalizado el estudio de la pareja, el especialista en esterilidad podrá determinar la causa aparente que impide la concepción y aconsejar el tratamiento más adecuado, teniendo en

cuenta, eso sí, que en un 30% de los casos el diagnóstico es de “esterilidad de causa desconocida”.

2 Objetivos

Conocer las principales pruebas diagnósticas que se pueden llevar a cabo para poder determinar la fertilidad de un hombre, mujer o ambos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

- Las pruebas comunes en ambos miembros de la pareja:

Cariotipo en sangre periférica: con esta prueba se valora que la información genética en fórmula y número sea la correcta. Es decir, una mujer será 46 XX, y el varón 46 XY. Sus resultados pueden determinar alguna prueba genética complementaria.

- Estudio de la mujer (factor femenino)

> STEP 1 (o pruebas básicas): las pruebas realizadas a la mujer están condicionadas por el resultado final del estudio del hombre y son las siguientes:

– Ecografía vaginal con recuento de folículos antrales (pequeños quistes que contienen el ovocito, a partir de los cuales se seleccionará uno que madurará): se realiza en la primera fase del ciclo (3.er -5.0 día) y da información sobre la reserva ovárica que tiene la mujer en ese momento.

– Analítica general: hemograma y estudio de coagulación.

– Determinaciones hormonales en la primera fase del ciclo (3.er -5.0 día): consiste en valorar los niveles de las hormonas hipofisarias FSH, estradiol, prolactina y TSH.

> STEP 2 o pruebas complementarias en el caso de determinada sintomatología:

– Ampliar determinaciones hormonales (T4 libre y anticuerpos antitiroideos).

- Estudios de infertilidad: abortos de repetición o fallos de implantación. Se habla de infertilidad cuando una mujer ha tenido tres o más abortos consecutivos.
- Estudio del síndrome de ovario poliquístico.
- Citología exo-endocervical: la citología que se hace en las revisiones ginecológicas anuales para descartar cáncer de cuello uterino.
- Estudios genéticos, si procede.
- Laparoscopia diagnóstica, si procede.
- Estudio anestésico, si procede. Se valora si hay alguna enfermedad general que pueda suponer un problema a la hora de una punción folicular.

- Estudio del hombre (factor masculino)

> Seminograma o análisis del semen (step 1): es la base del estudio andrológico de un hombre. La muestra de semen se obtendrá por masturbación, que podrá realizarse en el mismo centro donde posteriormente vaya a ser analizada o bien ser trasladada desde el domicilio si el tiempo de entrega no excede de una hora. El hombre deberá mantener de tres a cinco días previos de abstinencia sexual. En caso de que el eyaculado sea definido como normal, se excluirá el factor masculino como causa de esterilidad. Solo si se encuentran alteraciones seminales se continuará con el estudio andrológico.

Se puede realizar también un REMT (Recuperación de Espermatozoides Móviles Totales) donde, según la cantidad de semen obtenida, se va a indicar ya un tipo de tratamiento: inseminación autóloga de cónyuge (IAC), fecundación in vitro (FIV) o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (topo asmática). En caso de que no se mueva ninguno, se podrá realizar también una biopsia testicular.

> Otras pruebas complementarias (step 2): en caso de que la muestra sea definida como normal, se excluirá el factor masculino como causa de esterilidad. Solo si se encuentran alteraciones seminales se continuará con el estudio andrológico del varón, que comprende estas pruebas:

- Estudio cromosómico en semen (FISH-e): es una técnica que permite saber cuántas copias de un cromosoma hay en cada espermatozoide. Se ha observado un incremento de anomalías cromosómicas en hombres con oligoastenoteratozoospermia (cuando el semen eyaculado presenta bajo recuento espermático, de movilidad reducida y de morfología alterada).
- Ecografía Doppler testicular: permite valorar, entre otras cosas, la presencia de varicocele o la dilatación de las venas del testículo, factor que causa alteraciones de fertilidad en el hombre con frecuencia.
- Analíticas de sangre: para estudios hormonales (FSH, LH, PRL y testosterona), de cromosomas y de genética molecular. Las alteraciones en algunos de los genes o bien en el número o estructura de un cromosoma pueden llevar asociada una

esterilidad. Las mutaciones del gen CFTR de fibrosis quística suelen producir esterilidad masculina.

- Biopsia testicular: a partir de esta prueba puede hacerse un estudio de la formación de los espermatozoides. Si el proceso de meiosis (durante el cual las células germinales se dividen hasta formar espermatozoides normales con 23 cromosomas) no se realiza correctamente, el riesgo de alteraciones en el seminograma es muy alto.

- Estudio de microdeleciones del cromosoma Y: se trata de un estudio de genética molecular. Se ha observado que los hombres con pérdida de material genético del cromosoma Y presentan alteraciones en la formación de los espermatozoides. Es importante que el hombre visite al andrólogo de la unidad de infertilidad para que este le haga un reconocimiento y solicite las pruebas que considere necesarias.

- Cultivo seminal.

- Bioquímica del plasma seminal.

- Estudio de las vías seminales.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones acuden a la consulta de ginecología, mujeres, hombres y parejas que desean realizar estudios que persiguen obtener la causa de no concebir un embarazo. Existen múltiples causas como hemos visto para que esto suceda y pueden realizarse pruebas tanto en el hombre o la mujer por separado como también en conjunto para determinar la capacidad de fertilidad.

Con ello se persigue normalmente aumentar la probabilidad de quedarse embarazada.

En los hombres se pueden realizar pruebas como el análisis de semen, análisis genéticos, análisis de hormonas, biopsias, diagnóstico por imagen... y en la mujer ecografías vaginales, analíticas, análisis hormonal, citologías, etc.

6 Bibliografía

1- pruebas de fertilidad - <https://ivi.es/blog/pruebas-fertilidad/#::text=Las%20pruebas%20diagn%C3%B3sticas%20de%20fertilidad,evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20cavidad%20uterina>

2- estudio de fertilidad - <https://www.institutobernabeu.com/es/estudio-de-fertilidad/>

3- como se diagnostica infertilidad - <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/infertility/informacion/diagnostica>

4- pruebas fertilidad femenina - <https://www.minifiv.es/blog/pruebas-fertilidad-femenina>

Capítulo 114

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL BEBE QUE SUFRE DE CÓLICOS DEL LACTANTE

SARA POZO SANTIAGO

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

1 Introducción

La llegada de un bebé es un momento de alegría y emoción para las familias, pero también puede estar acompañada de desafíos, especialmente cuando el bebé experimenta cólicos en el lactante. Los cólicos en los bebés son episodios de llanto inconsolable y malestar abdominal que pueden generar preocupación y ansiedad en los padres. En este contexto, el papel de la enfermería adquiere una importancia vital al proporcionar orientación, apoyo y estrategias para aliviar el malestar del bebé y brindar tranquilidad a la familia.

Este trabajo nos invita a explorar cómo la enfermería desempeña un rol esencial en el cuidado del bebé con cólicos en el lactante. En una etapa de la vida en la que el bebé aún no puede comunicarse directamente, las enfermeras se convierten

en un recurso fundamental para ayudar a los padres a comprender y manejar los cólicos, aliviando tanto el malestar del bebé como la ansiedad de la familia.

A lo largo de este capítulo, examinaremos en detalle las funciones y responsabilidades que asumen las enfermeras en el cuidado del bebé con cólicos en el lactante. Desde la educación a los padres sobre los síntomas y las estrategias de alivio, hasta el apoyo emocional y la colaboración con el equipo médico, las enfermeras desempeñan un papel integral en la mejora de la calidad de vida de los bebés y sus familias.

La enfermería, a través de su experiencia clínica y su enfoque en el cuidado centrado en el paciente, ofrece no solo estrategias médicas, sino también un apoyo emocional valioso para los padres que pueden sentirse abrumados por la incertidumbre de la situación. Su capacidad para comunicar información clara y empática, así como para adaptar las estrategias a las necesidades individuales de cada bebé, marca una diferencia significativa en la experiencia y el bienestar de la familia.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde la enfermería en el cuidado de los cólicos en el lactante.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería con los cólicos en el lactante.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“colic in the infant” OR “colic in the kids”) AND (nursing OR nurse OR infirmery).

4 Resultados

El cuidado de un bebé con cólicos en el lactante puede ser un desafío tanto para los padres como para los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras que desempeñan un papel crucial en proporcionar apoyo y estrategias para aliviar el malestar del bebé y mejorar la calidad de vida de la familia.

Los cólicos en los lactantes son episodios de llanto y malestar abdominal que pueden causar ansiedad tanto en los padres como en el bebé. En este contexto, el papel de la enfermería es esencial para brindar orientación, educación y cuidados adecuados.

A continuación, se describen las principales funciones y responsabilidades de la enfermería en el cuidado del bebé con cólicos en el lactante:

- **Evaluación y Diagnóstico:**

Las enfermeras evalúan los síntomas y comportamientos del bebé para determinar si está experimentando cólicos o si hay otras posibles causas de su malestar. Un diagnóstico preciso es fundamental para proporcionar el tratamiento adecuado.

- **Educación a los Padres:**

Las enfermeras educan a los padres sobre qué son los cólicos en el lactante, cómo identificar los signos y síntomas, y cómo diferenciarlos de otras afecciones. Proporcionan información sobre la duración esperada de los cólicos y cómo manejarlos.

- **Consejo sobre la Alimentación:**

Las enfermeras pueden ofrecer orientación sobre la alimentación adecuada para el bebé con cólicos. Pueden discutir la posición durante la alimentación, la cantidad y la frecuencia de las tomas, y la posibilidad de cambios en la dieta de la madre si el bebé es amamantado.

- **Técnicas de Alivio:**

Las enfermeras enseñan a los padres técnicas de alivio para reducir el malestar del bebé, como el uso de la posición vertical después de las tomas, el movimiento suave y la aplicación de calor en el abdomen.

- **Manejo del Estrés de los Padres:**

Las enfermeras brindan apoyo emocional a los padres que pueden sentirse abrumados y estresados por el llanto constante del bebé. Pueden compartir estrategias para manejar el estrés y ofrecer recursos de apoyo.

- **Control de la Hidratación:**

Las enfermeras monitorean la hidratación del bebé y aseguran que esté recibiendo suficiente líquido durante los episodios de cólicos.

- **Comunicación con el Pediatra:**

Las enfermeras trabajan en colaboración con el pediatra para seguir el progreso del bebé y ajustar el plan de cuidados según sea necesario. Comunican cualquier cambio significativo en la condición del bebé.

- **Seguimiento y Evaluación Continua:**

Las enfermeras hacen un seguimiento regular del bebé con cólicos para evaluar la eficacia de las estrategias de alivio y realizar ajustes si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se constata que el papel de la enfermería en el cuidado del bebé con cólicos en el lactante es de suma importancia para brindar apoyo, alivio y orientación tanto al bebé como a sus padres, asumiendo responsabilidades críticas en la evaluación, el manejo y el apoyo emocional durante esta etapa desafiante para la familia.

El enfoque de las enfermeras en la educación y el asesoramiento a los padres es fundamental para que comprendan los cólicos en el lactante y se sientan empoderados para abordarlos de manera efectiva. Las estrategias de alivio proporcionadas por las enfermeras, como las técnicas de posición, el movimiento suave y la administración de calor abdominal, son esenciales para mejorar el bienestar del bebé y reducir la ansiedad de los padres.

El apoyo emocional que brindan las enfermeras a los padres es invaluable, ya que el llanto inconsolable del bebé puede generar estrés y agotamiento. A través de su comunicación compasiva y empática, las enfermeras pueden ayudar a los padres a manejar sus emociones y proporcionarles recursos para enfrentar la situación. La colaboración de las enfermeras con el equipo médico, la monitorización constante del progreso del bebé y la adaptación de las estrategias de alivio según sea necesario son elementos cruciales en la atención integral del bebé con cólicos en el lactante.

6 Bibliografía

1. Treatment choices for infant colic: Suanny del Carmen González C., Brochet bayona C. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-opciones-tratamiento-del-colico-del-S0120491215000543>.
2. Cólicos. Deborah M. Consolini, MD, Thomas Jefferson University Hospital. Revisado médicamente nov. 2022. Manual MSD. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/>.

3. Martín E., Cólicos en recién nacidos: causas, síntomas y cómo calmarlos. Disponible en: <https://www.hospitalmanises.es/blog/calmar-colicos-lactante/>.
4. Neri S, Navarro D, López K, Candelario E, Rossell A, Nogales A et al. Trastornos gastrointestinales funcionales en el lactante: Prevalencia en una consulta gastroenterológica. Gen. 2015 Dic; 69(4): 133-136.
5. Cólico del lactante. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/colico-lactante>.

Capítulo 115

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

SARA POZO SANTIAGO

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

1 Introducción

La nefrostomía percutánea es un procedimiento médico que implica la creación de una vía de acceso directa al sistema urinario a través de la piel y el tejido circundante. Esta intervención es fundamental en el tratamiento de diversas condiciones urinarias, como la obstrucción o la extracción de cálculos renales. Durante la realización de una nefrostomía percutánea, la enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado y apoyo integral del paciente. Su labor abarca desde la preparación previa del paciente hasta la atención postoperatoria y la educación sobre el cuidado de la vía de drenaje.

Esta introducción nos invita a adentrarnos en el relevante rol que desempeña la enfermería en el proceso de una nefrostomía percutánea. En un contexto donde

la seguridad y el bienestar del paciente son prioritarios, las enfermeras se convierten en figuras clave para brindar una atención efectiva y compasiva durante todo el procedimiento.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades que asumen las enfermeras en este proceso. Desde la coordinación con el equipo médico hasta la educación del paciente y el cuidado posterior, las enfermeras garantizan que el paciente reciba una atención completa y de alta calidad durante el procedimiento de nefrostomía percutánea.

La enfermería desempeña un papel activo en cada etapa del proceso, desde la preparación inicial del paciente hasta la monitorización durante el procedimiento y la atención continua en el período postoperatorio. Además de su papel técnico, las enfermeras también brindan apoyo emocional al paciente, lo que es particularmente relevante en momentos de ansiedad asociados con los procedimientos médicos.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde el trabajo de enfermería en la nefrostomía percutánea.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en la nefrostomía percutánea.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico y revistas especializadas. Hemos realizado una búsqueda entre abril de 2023 y julio de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“percutaneous nephrostomy” OR nephrostomy) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La nefrostomía percutánea es un procedimiento médico en el cual se crea una vía de acceso directa al sistema urinario a través de la piel y el tejido para drenar la orina desde el riñón hacia una bolsa externa.

Este procedimiento se utiliza en una variedad de situaciones clínicas, como el alivio de la obstrucción urinaria o la eliminación de cálculos renales.

El papel de la enfermería durante la realización de una nefrostomía percutánea es crucial para asegurar el bienestar del paciente antes, durante y después del procedimiento.

A continuación, se describen las principales funciones y responsabilidades de la enfermería en este contexto:

- **Preparación del Paciente:**

Las enfermeras se encargan de explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y obtener su consentimiento informado. También preparan al paciente para el procedimiento, asegurándose de que esté en posición adecuada y tenga la piel limpia en la zona de inserción.

- **Coordinación y Comunicación:**

Las enfermeras colaboran con el equipo médico, el radiólogo intervencionista y otros profesionales de la salud para asegurar una ejecución fluida del procedimiento. La comunicación efectiva es esencial para garantizar que todos estén informados y preparados.

- **Monitorización y Evaluación:**

Durante el procedimiento, las enfermeras monitorean continuamente los signos vitales del paciente, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno, para identificar cualquier cambio en la condición del paciente.

- **Asistencia en el Procedimiento:**

Las enfermeras asisten al médico durante la realización de la nefrostomía percutánea, asegurando que los equipos y suministros estén listos y que el paciente esté cómodo y seguro.

- **Manejo del Dolor y la Ansiedad:**

Las enfermeras proporcionan apoyo emocional al paciente y administran medicamentos para aliviar el dolor y la ansiedad antes y después del procedimiento.

- **Cuidado de la Vía de Drenaje:**

Después de la colocación de la nefrostomía, las enfermeras se encargan del cuidado de la vía de drenaje, asegurándose de que esté patentada y libre de obstrucciones. También vigilan la cantidad y el aspecto de la orina drenada.

- **Educación del Paciente:**

Las enfermeras educan al paciente sobre cómo cuidar y mantener la vía de drenaje, cómo reconocer posibles complicaciones y cuándo buscar atención médica.

- **Prevención de Infecciones:**

Las enfermeras siguen protocolos estrictos de higiene y esterilización para prevenir infecciones relacionadas con la vía de drenaje.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el papel de la enfermería durante la realización de una nefrostomía percutánea es esencial para asegurar una atención integral, segura y efectiva para el paciente, desempeñando un rol crítico en cada etapa del proceso, desde la preparación inicial hasta el cuidado postoperatorio y la educación del paciente.

La colaboración entre las enfermeras y el equipo médico es fundamental para garantizar que el procedimiento de nefrostomía percutánea se realice con éxito. Las enfermeras desempeñan un papel activo en la preparación del paciente, asegurando su comodidad y comprensión del procedimiento. Durante la realización del procedimiento, las enfermeras monitorean de cerca al paciente y brindan asistencia al médico para garantizar que todo transcurra sin complicaciones.

El cuidado posterior a la nefrostomía percutánea es igualmente importante, y aquí las enfermeras continúan su labor al mantener la vía de drenaje y monitorear la condición del paciente. Proporcionan educación detallada sobre el cuidado de la vía de drenaje y qué signos de complicaciones deben ser vigilados, empoderando al paciente para participar activamente en su proceso de recuperación.

La enfermería también ofrece un apoyo emocional invaluable para el paciente, alivian sus ansiedades y brindan un ambiente de confianza durante el procedimiento y la recuperación. Su capacidad para comunicarse de manera efectiva y brindar cuidados compasivos contribuye directamente a la experiencia positiva del paciente.

6 Bibliografía

1. Hamester L, Souza EN, Cielo C, Moraes MA, Pellanda LC. Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug 15;24: e2729.

2. McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev.* [Internet]. 2009 Aug; 29(6):496-505.
3. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, RahimWilliams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain.* [Internet]. 2009 May ;10(5):447- 85.
4. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth.* [Internet]. 2013 Jul; 111(1):52-8.
5. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, et al. Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanit.* [Internet]. 2016 Apr/Jun [cited Jul 11, 2018];52(2):184-9.
6. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res.* [Internet]. 2011 Aug; 45(8):1027- 35.

Capítulo 116

LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA Y SU LABOR SANITARIA EN LOS PACIENTES QUE SUFREN DE GANGRENA DE FOURNIER

SARA POZO SANTIAGO

MÓNICA BUENDÍA MARTÍNEZ

JENNY DEL ROSARIO RAMOS CHIPANA

BELEN MARTÍNEZ GARCÍA-NAVAS

LORENA GUTIÉRREZ SAN CLEMENTE

1 Introducción

La Gangrena de Fournier es una condición médica grave y devastadora que afecta principalmente la región genital y perineal. Esta infección necrotizante de los tejidos blandos puede tener consecuencias potencialmente mortales si no se aborda de manera rápida y efectiva.

En este contexto, el papel de la enfermería en la atención sanitaria de la Gangrena de Fournier es fundamental para brindar cuidados integrales, apoyo emocional y medidas preventivas a los pacientes afectados por esta afección.

Esta introducción nos invita a explorar cómo la enfermería desempeña un rol crítico en el abordaje de la Gangrena de Fournier. En una situación médica que

puede ser altamente desafiante tanto para los pacientes como para sus familias, las enfermeras se convierten en pilares de atención, proporcionando no solo cuidados técnicos, sino también apoyo emocional y educación crucial.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle las diversas funciones y responsabilidades que asumen las enfermeras en la atención de la Gangrena de Fournier. Desde la prevención y la detección temprana hasta el cuidado directo de las heridas y el apoyo psicológico, las enfermeras son una parte esencial del equipo de atención médica en la lucha contra esta enfermedad devastadora.

La enfermería se destaca en la promoción de prácticas de higiene adecuadas, en la educación de los pacientes sobre los síntomas de alerta y en la identificación temprana de signos de infección. Además, su compromiso con el control de infecciones y la atención de heridas contribuye directamente a la recuperación de los pacientes.

La atención sanitaria de la Gangrena de Fournier no se limita únicamente a lo físico. Las enfermeras también desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional, brindando consuelo y orientación a los pacientes y sus familias en un momento de angustia y preocupación.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales tratamientos y cuidados que se ejercen desde la enfermería en Gangrena de Fournier.

Objetivo secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y la Gangrena de Fournier.

3 Metodología

- Fuentes documentales consultadas:

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

- Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (gangrene OR “Fournier’s gangrene”) AND (nursing OR nurse OR infirmary OR “work nursing”).

4 Resultados

La Gangrena de Fournier es una infección grave que afecta los tejidos blandos en la región genital y perineal.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial en la atención sanitaria integral de los pacientes afectados por esta afección. Su labor abarca desde la prevención y la detección temprana hasta el cuidado directo y el apoyo emocional.

A continuación, exploraremos cómo la enfermería contribuye a la atención sanitaria en casos de Gangrena de Fournier:

- **Prevención y Educación:**

Las enfermeras tienen un papel crucial en la prevención de la Gangrena de Fournier al educar a los pacientes sobre la importancia de la higiene adecuada en la región genital y perineal. Brindan información sobre cómo prevenir la infección y cómo reconocer los signos tempranos de la enfermedad.

- **Valoración y Detección Temprana:**

Las enfermeras realizan evaluaciones regulares de los pacientes para detectar signos de infección en la región genital y perineal. La detección temprana es esencial para iniciar el tratamiento de manera oportuna y prevenir la progresión de la enfermedad.

- **Asistencia en el Tratamiento:**

Durante el tratamiento de la Gangrena de Fournier, las enfermeras brindan apoyo directo en la administración de medicamentos, el cambio de apósitos y la monitorización de la respuesta del paciente al tratamiento.

- **Cuidado de Heridas:**

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el cuidado de las heridas, asegurando que se mantengan limpias, se cambien los apósitos de manera adecuada y se prevenga la propagación de la infección.

- **Control de Infecciones:**

Las enfermeras implementan prácticas rigurosas de control de infecciones para prevenir la propagación de la enfermedad en el entorno hospitalario y en el cuidado del paciente.

- **Apoyo Emocional:**

La Gangrena de Fournier puede ser una afección devastadora tanto física como emocionalmente. Las enfermeras brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ayudándoles a enfrentar los desafíos emocionales que pueden surgir durante el tratamiento y la recuperación.

- **Coordinación con el Equipo Médico:**

Las enfermeras trabajan en colaboración con el equipo médico para asegurar que el tratamiento y los cuidados estén coordinados y sean efectivos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el papel de la enfermería en la atención sanitaria de la gangrena de Fournier es de suma importancia para el manejo integral y efectivo de esta grave infección, desempeñando un rol esencial en diversas áreas, desde la prevención y la educación hasta el cuidado directo y el apoyo emocional.

La prevención es una parte fundamental del trabajo de las enfermeras en relación con la gangrena de Fournier. Su labor educativa y de promoción de la higiene adecuada es esencial para reducir los riesgos de infección en la región genital y perineal. Además, su capacidad para detectar signos tempranos de la enfermedad durante las evaluaciones regulares permite una intervención rápida y un tratamiento más efectivo.

Durante el tratamiento, las enfermeras desempeñan un papel activo en el cuidado directo de los pacientes. Su enfoque en el control de infecciones, el cuidado de heridas y la administración de medicamentos contribuye directamente a la recuperación de los pacientes afectados por la Gangrena de Fournier.

El apoyo emocional que brindan las enfermeras es invaluable para los pacientes y sus familias durante este desafiante proceso. La gangrena de Fournier puede tener un impacto profundo en la salud mental y emocional de los pacientes, y el apoyo empático y compasivo de las enfermeras es esencial para ayudarles a enfrentar estos desafíos.

La enfermería también desempeña un papel importante en la educación y el empoderamiento de los pacientes, brindándoles información sobre el cuidado de las heridas, la administración de medicamentos y la prevención de futuras infecciones. Esto permite a los pacientes participar activamente en su recuperación y tomar medidas para prevenir recurrencias.

6 Bibliografía

1. Carrillo Córdova, L., Aguilar Aizcorbe, S., Hernández Farías, M., Acevedo García, C., Soria Fernández, G., & Garduño Arteaga, M. (2018). *Escherichia coli* productora de betalactamasas de espectro extendido como agente causal de gangrena de Fournier de origen urogenital asociada a mayor mortalidad. *Cirugía Y Cirujanos*, 86.

2. Carrillo-Esper, R., & Peña-Pérez, C. A. (2015). Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica. *Revista mexicana de Anestesiología*, 38(S2).
3. Calderón Zapata, R. (2014). Gangrena de Fournier en el Hospital Nacional Dos de Mayo: características clínicas y utilidad del índice de severidad de gangrena de Fournier.
4. Calderón, W., Camacho, J., Obaíd, M., Moraga, J., Bravo, D., & Calderón, D. (2021). Tratamiento quirúrgico de la gangrena de Fournier. *Revista De Cirugía*, 73(2).
5. Camargo, L., & García Perdomo, H. (2016). Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad. *Revista Chilena De Cirugía*, 68(3).
6. Cancino, C., Avendaño, R., Poblete Andrade, C., & Guerra, K. (2018). Gangrena de Fournier. *Cuadernos De Cirugía*, 24(1), 28-33.

Capítulo 117

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ANCIANO CON DEPRESIÓN

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

Los problemas mentales son más numerosos durante el envejecimiento, por lo que hay que prestar especial atención a los síntomas que nos indican su posible desarrollo. Uno de los más frecuentes es la depresión, la cual, afecta muy negativamente a la calidad de vida de las personas que la padecen.

En muchas ocasiones es complicada de diagnosticar y por ello muchas veces no se detecta, lo que agrava la situación al no recibir un tratamiento adecuado para tratarla.

En general, se manifiesta cuando el anciano se aísla de su familia y amigos o cuando no tiene interés por realizar actividades que antes le gustaban. La mayoría

sienten que su vida ya no tiene ningún sentido, en algunos casos, ven que su pensión es muy reducida y no pueden cubrir correctamente sus gastos básicos. Otra de las causas más comunes por las que suele aparecer la depresión es por una pérdida cercana (su pareja o algún familiar o amigo). Además, la incapacidad física y la dependencia de sus familiares o cuidadores son importantes factores de riesgo para el inicio de la depresión.

Cuando estos pacientes ancianos acuden a un centro sanitario para intentar ponerle solución a su enfermedad, el equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, TCAE, etc.) se encargará de hacer todo lo posible para que el paciente se sienta cómodo y así, diagnosticarlo y tratarlo adecuadamente.

2 Objetivos

Mostrar la importancia que tiene el equipo multidisciplinar, y en concreto el TCAE, en los cuidados al anciano con depresión.

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 el papel del TCAE en los cuidados al paciente anciano con depresión.

4 Resultados

En general, en el anciano es más difícil identificar los síntomas depresivos, por lo que pocas veces acudirán a la consulta para explicar su situación.

Es importante conocer que la depresión afecta directamente al funcionamiento cognitivo, en concreto a la memoria y a la concentración. Como muchos ancianos ya presentaban problemas cognitivos antes, hace que su diagnóstico sea más complicado.

Existen diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran los problemas vasculares y el consumo continuado de fármacos.

En muchas ocasiones, los ancianos depresivos presentan sentimientos de culpa por tener que depender de otras personas, lo que puede llegar a provocar el suicidio. Se ha comprobado que las personas mayores avisan menos y realizan

menos intentos de suicidio que las personas más jóvenes, por lo que es más complicado de prevenirlo.

El equipo sanitario se encargará de tratar esta enfermedad a través de distintos consejos, terapias y tratamientos.

El TCAE destaca por ser un gran apoyo para el paciente, por lo que es imprescindible su papel. Hacen que los ancianos se sientan más cómodos y les ofrecen todos los cuidados necesarios para ello. Es importante que se les trate con cariño y respeto, ya que esto hará que la relación entre el profesional y el anciano sea positiva y dejen recibir ayuda profesional.

El TCAE deberá hablarles de manera tranquila y con tono de voz suave.

Una de las terapias más utilizadas para esta enfermedad es la psicoterapia, que tiene como objetivo enseñar a las personas a enfrentarse de forma eficaz a sus problemas. También aprenden habilidades conductuales y cognitivas para sustituir pensamientos depresivos o para aumentar la motivación y el estado de ánimo.

El tratamiento farmacológico es indispensable para tratar la depresión, pero en los ancianos hay que tener especial cuidado, ya que supone notables cambios en el organismo. En ellos, hay que trabajar la terapia de mantenimiento para evitar las recaídas.

El TCAE debe estar dotado de conocimientos y habilidades concretas sobre la salud mental, para así garantizar unos cuidados de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En la vejez, la depresión es más difícil de tratar, ya que se presentan otras muchas enfermedades. Es imprescindible tratarla cuanto antes para así, comenzar los tratamientos y terapias correspondientes.

La falta de independencia y la soledad son factores de riesgo claves para el desarrollo de esta enfermedad. La depresión en muchos casos es causada por factores sociales como la pérdida de un familiar cercano o del cónyuge. Es tan importante la salud física como la mental, por lo que no nos debemos olvidar de ella.

La función del TCAE es indispensable, ya que sirve de apoyo para el anciano con depresión, ofreciéndole cuidados y cariño en todo momento.

6 Bibliografía

DELGADO, M^a JESÚS CONCA, Inés Sánchez López, and Yolanda González Molina. "El TCAE cuidando la depresión en la vejez." Investigación educativa

y salud transcultural en contextos multiculturales (2016): 1353-1354.

Capítulo 118

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que padecen un 4% de los españoles hoy en día. Hace que aumenten de manera muy significativa los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre.

Tiene lugar porque se produce una disminución o ausencia de la secreción de la insulina humana (es una hormona que secreta el páncreas y que facilita que la glucosa que se encuentra en los alimentos pase a las células para así administrarles energía).

La insulina es imprescindible para que no se acumule en exceso la glucosa en la sangre y, cuando es insuficiente puede conllevar a problemas de salud muy graves.

Entre las complicaciones que puede ocasionar la diabetes encontramos el pie diabético, un problema clínico de origen neuropático, en el que se ven afectados diversos nervios del cuerpo humano. Se ve producida por la hiperglucemia (niveles elevados de azúcar) y por la isquemia en algunos casos (disminución del riego sanguíneo). Esto da lugar a la ulceración y la lesión del pie.

Para intentar disminuir el daño y los dolores causados por el pie diabético, deberá intervenir el equipo de enfermería, es decir, la enfermera o el enfermero y el TCAE. Ellos serán los encargados de realizar las curas continuadas necesarias y de apoyar al paciente en esta enfermedad.

2 Objetivos

Mostrar la gran importancia que tienen el TCAE y la enfermera en los cuidados necesarios para la cura del pie diabético.

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 los cuidados del pie diabético.

4 Resultados

Para que se produzca un correcto cuidado de los pies en los pacientes diabéticos, deberán seguir una serie de indicaciones y recomendaciones, que les explicará el TCAE:

- Un calzado adecuado es imprescindible, para así evitar lo máximo posible, las rozaduras, heridas o quemaduras.
- Debe lavarse a diario los pies, siendo muy importante la temperatura del agua que tendrá que ser templada (nunca puede superar los 37 grados, ni tampoco estar excesivamente fría). Debido a su importancia, se aconseja introducir un termómetro en el agua para asegurarnos, ya que en algunos casos se pierde la sensibilidad y no se percibe la temperatura correctamente.
- Hay que secar cuidadosamente los pies con una toalla (preferiblemente suave y evitando frotar). Es importante el secado en los espacios interdigitales de los

pies.

- En el caso en el que la piel esté muy seca y áspera se recomienda aplicar una crema hidratante en el pie, pero siempre evitando los espacios interdigitales.
- Para mantener los pies secos se debe utilizar talco no medicinal antes de calzarse o cada vez que se cambie los calcetines.
- El cuidado de las uñas es uno de los aspectos más importantes, ya que deben cortarse con unas tijeras de punta roma y siempre en línea recta para así, evitar que se encarnen. Además, se aconseja utilizar una lima para pulir los bordes.
- Si se producen callos o durezas, debe consultarlo con el podólogo, nunca debe intentar quitarlos el propio paciente.
- Siempre hay que lavar el pie con agua y jabón, nunca utilizar alcohol, pomadas o desinfectantes para intentar curar las heridas de los pies (ya que lo puede empeorar).
- Evitar colocar las piernas y los pies cerca de fuegos, estufas o braseros.
- No usar calcetines con borde elástico, que pueden dificultar la circulación de la sangre.
- Evitar andar descalzo.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad muy común hoy en día, con la que hay que tener especial cuidado en la alimentación del enfermo y en sus hábitos diarios.

Es imprescindible que los pacientes diabéticos tengan los conocimientos suficientes sobre cómo tratar su enfermedad, los distintos tratamientos o aparatos para su control diario y las distintas maneras de prevenir alteraciones y daños en el pie (entre otras complicaciones que pueden surgir).

El trabajo de los sanitarios, en especial del TCAE y de la enfermera, es educarles sanitariamente para que cuiden correctamente sus pies, evitando el desarrollo del pie diabético. También se encargarán de la cura de este siempre que lo necesiten.

6 Bibliografía

Ibáñez, Ana Patricia González, Francisco Javier Martín Gómez, and Inmaculada Hervás Jávega. "CUIDADOS COMO TCAE EN EL PIE DIABETICO."

Capítulo 119

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

ANA BELÉN BERMUDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA GARCÍA RAMIREZ

CARMEN INMACULADA LOPEZ DELICADO

ROSA MARÍA GARCÍA RAMÍREZ

ISIDORA ROMÁN CASADO

1 Introducción

En la adolescencia, una etapa de la vida humana en la que se producen diversos cambios fisiológicos y personales muy complejos, los adolescentes necesitan ser aceptados por la sociedad. Por ello, surgen muchos problemas cuando una adolescente queda embarazada, ya que la mayoría se sienten rechazadas y piensan que no van a ser apoyadas.

Normalmente, los embarazos tienen lugar en la edad adulta, pero en algunos casos surgen en la adolescencia. La mayoría de los embarazos adolescentes son de carácter espontáneo y no deseado. Entre las principales causas de estos encontramos: las relaciones sexuales sin protección, la falta de información, el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos o fallos al colocarlos.

Se dice que las adolescentes no pueden desempeñar adecuadamente el papel de madre porque aún no han crecido ni madurado lo suficiente, por lo que son cuestionadas continuamente. Esto les puede producir problemas psíquicos y psicológicos muy graves, provocando tristes consecuencias por la falta de apoyo. En cuanto al riesgo del embarazo a tan temprana edad, es más peligroso y tiene más riesgos que el embarazo en la edad adulta. Por ello, se produce un control del embarazo más continuado y exhaustivo, en el que intervienen ginecólogos, enfermeros, TCAE, psicólogos y en algunos casos, pediatras. Consideran que la etapa más peligrosa es entre los 12 y los 16 años.

2 Objetivos

Mostrar la importancia de un equipo multidisciplinar, destacando las funciones del TCAE, en el embarazo adolescente para la disminución de los riesgos que se pueden producir.

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 los cuidados que realiza el TCAE durante el embarazo adolescente.

4 Resultados

La embarazada adolescente debe consultar con un especialista en el momento en que se entere de que está embarazada, para así, consultarle dudas, conocer recomendaciones para estos embarazos y realizarse las pruebas pertinentes por si hubiera alguna complicación.

El especialista le prescribirá suplementos vitamínicos, ya que el calcio y el hierro son muy necesarios en los embarazos.

En cuanto al TCAE, se encarga de intentar que la embarazada esté lo más cómoda posible en la consulta, de darle consejos y de ofrecerle cuidados de calidad.

El TCAE le recordará que no debe tomar ni alcohol ni drogas, además de no fumar y de evitar lo máximo posible los ambientes con humo (ya sea del tabaco o de otro tipo de contaminación). Es muy importante que se cumpla, ya que si no le

puede provocar malformaciones al bebé y convertirse en un embarazo de alto riesgo.

Otros consejos que deberá recordarle a la embarazada son la prohibición de tomar medicamentos sin preinscripción médica (algunos pueden estar contraindicados para el embarazo), dormir al menos 8 horas al día y practicar ejercicio físico de manera moderada.

Es muy recomendable que las embarazadas acudan a clases de preparación al parto, ya que irán más tranquilas en el momento en el que se produzca.

Entre las funciones del TCAE en el embarazo adolescente encontramos:

- Evitar la muerte materna o fetal, a través de los cuidados continuados.
- Ofrecer consejos a la adolescente para que no se produzcan complicaciones en el embarazo.
- Junto a la enfermera, realizar controles preventivos y visitas domiciliarias en embarazadas de alto riesgo.
- Registrar la información respectiva al embarazo.
- Verificar que se hayan cumplido todas las normas de seguridad en los procedimientos que se le han realizado.
- Comprobar que se dispone de todos los medicamentos y del material necesario en la consulta.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo adolescente ha sido preocupante para algunos ámbitos sociales desde hace unos años. Se ha comprobado que hay una mayor tasa de abortos y de resultados desfavorables, además de suponer un gran impacto en las adolescentes embarazadas y en sus familiares y amigos (ya que la mayoría de los embarazos no son deseados).

El objetivo del TCAE y del resto del equipo sanitario es establecer unas acciones de prevención de riesgos y ofrecer una asistencia integral a cada embarazada adolescente (incluyendo familiares).

El TCAE les aporta unos cuidados especiales y les da consejos para que el embarazo se produzca lo más normal posible y sin complicaciones.

6 Bibliografía

- 1.Delgado, María Jesús Conca, Yolanda González Molina, and Inés Sánchez López. "El embarazo en la adolescencia cuidado por el TCAE." Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales (2016): 1351-1352.

2.CARDONA, DORA NINETTE LOPEZ. COMPETENCIAS QUE POSEE EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. Diss. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, 2014.

Capítulo 120

ACCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SONDAJE VESICAL DEL PACIENTE

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva mediante la cual se introduce una sonda hasta la vejiga atravesando el meato urinario cuyo objetivo es el drenaje y la recolecta de la orina que se encuentra en la vejiga del paciente cuando este no puede eliminarla por sí mismo. Se puede utilizar con propósitos diagnósticos o terapéuticos y está indicado en casos como para facilitar la expulsión de la orina, realizar un control del flujo urinario, obtención de muestras estériles, manejar hematurias asociadas a coágulos, irrigar la vejiga, introducir medicamentos o calcular la orina residual entre otros.

Existen distintos tipos de sondas vesicales, así, dependiendo de las características del paciente y de cuál sea el propósito para el que se utiliza, se optará por un tipo

u otro. que se seleccionan según las características del paciente y el propósito terapéutico. Los tipos más comunes son:

- Sondas vesicales permanentes: Sondas con punta o globo, permanecen en la vejiga durante un período más o menos prolongado y continuo de tiempo. Se fijan a una bolsa de drenaje donde se recoge la orina y se pueden sujetar a la pierna del paciente para que este está más cómodo.
- Sondas vesicales temporales o intermitentes: Sondas ordinarias o rectas que se insertan en la vejiga para drenarla y, una vez vaciada la vejiga se retiran. Se utilizan cuando es necesario drenar la vejiga de manera regular.

El sondaje vesical se realiza únicamente cuando es estrictamente necesario por los riesgos infección que supone y porque se pueden producir traumatismos en las áreas atravesadas por la sonda.

Las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería están relacionadas con la preparación del material necesario para su puesta, la vigilancia de que drene bien y el mantenimiento de la higiene genital del paciente.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la preparación, ejecución y seguimiento del sondaje vesical.
- Describir las funciones, tareas y responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el sondaje vesical.

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: “sondaje vesical” o “técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el sondaje vesical”.

4 Resultados

Para la realización de un sondaje vesical será necesaria la propia sonda vesical y una bolsa de diuresis. La sonda vesical es un tubo semirrígido con el final per-

forado que recogerá la orina de la vejiga y cuyo extremo contrario habrá de ser conectado a la bolsa de diuresis. La bolsa de diuresis o bolsa recolectora es el lugar en el que se almacenará la orina, que estará conectada a la sonda a través de un tubo de plástico. La bolsa tiene que vaciarse cuando sea preciso y se debe cambiar al menos una vez al día, aunque esto dependerá de la patología del enfermo y de la prescripción realizada por el personal médico.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería conocer y diferenciar las distintas sondas vesicales que pueden ser de distinto material (caucho, plástico, metal o silicona) y entre sus diferentes calibres. Las sondas más utilizadas son:

- **Pezzer:** Es una sonda semirrígida, de una sola luz, con punta fungiforme y recta, puede tener dos orificios o más. Es un sondaje permanente que se pone de manera quirúrgica. Se utiliza además de en el drenaje vesical, en renal y en el suprapúbico.
- **Malecot:** Es una sonda semirrígida de una sola luz, con una punta fungiforme, pero con orificios mayores que la de Pezzer. También se inserta de manera quirúrgica.
- **Foley:** Esta sonda es flexible de punta redondeada o acodada y de dos o tres luces. A través de una de las luces se drena la orina, otra se usa para llenar el balón con agua o suero fisiológico y la última se usa para irrigar la vejiga.
- **Robinson:** Es una sonda rígida de una sola luz, de punta redondeada o acodada, con uno orificios y que se utiliza en sondajes temporales.

El personal de enfermería es el encargado de la realización del sondaje vesical, las funciones del TCAE están relacionadas con la preparación del equipo y la colaboración mientras se realiza el proceso. Las tareas realizadas por el TCAE consisten en:

Preparar el material y dárselo a la enfermera cuando lo solicite. Este material está compuesto por un equipamiento variado como: un contenedor de agua caliente, jabón, esponja... para realizar la higiene genital, guantes, antisépticos, gasas y paños estériles, pinzas de disección, lubricante anestésico, la propia sonda vesical y la bolsa de diuresis, batea, entre otros.

Mantener la bolsa de diuresis en condiciones asépticas para prevenir infecciones y facilitar el drenaje de esta, comprobando que se encuentra colocada correctamente en su soporte y que está situada por debajo de la horizontal de la vejiga. Cambiar la bolsa de diuresis pinzando la sonda con una pinza de Kocher, y pinzando la bolsa para desconectarla después. Se apoya la sonda sobre una gasa y después se quita el tubo de la nueva bolsa y se conecta a la sonda vesical.

El TCAE también se ocupará de tareas como la vigilancia de que no haya obstrucciones en el tubo de drenaje, de higienizar el área perineal-genital dos veces al día como mínimo y aplicar un antiséptico, y de observar y registrar la cantidad

y características de la orina drenada.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel muy importante en la preparación del material y la asistencia durante el procedimiento de sondaje vesical al paciente, lo que contribuye a la garantía de un proceso seguro y de éxito. Para la realización de esta técnica se requiere la utilización de diversos materiales y equipo especializado, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el responsable de tenerlos listos y preparados para que los utilice el personal de enfermería. Una vez realizado el sondaje vesical, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de la higiene del paciente, del recambio de la bolsa de diuresis, así como de la supervisión del drenaje.

Un aspecto a destacar es la variedad de sondas vesicales disponibles, cada una con sus propias características y adaptadas a cada necesidad. El conocimiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería acerca de los tipos de sondas y la manera de manejarlas contribuye a un proceso seguro.

En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería contribuye con su colaboración en la ejecución segura del sondaje vesical. Su responsabilidad abarca desde la preparación de los materiales hasta la colaboración durante el procedimiento y la posterior asistencia al paciente asegurando su bienestar.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Sondas vesicales, tipos y funciones del TCAE [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/sondas-vesicales-tipos-funciones-tcae/amp/>.
2. Ocronos R. Función del TCAE en la colocación de una sonda vesical [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-sondaje-vesical/amp/>.
3. T.C.A.E. - Auxiliar de Enfermería - Técnicas y Protocolos [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>.
4. APUNTES AUXILIAR ENFERMERIA [Internet]. Blogspot.com. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/09/el-sondaje-vesical.html?m=1>.

Capítulo 121

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA CON RECIÉN NACIDOS

RAQUEL PORTAS RIOS

1 Introducción

Las primeras horas de vida de un bebé son esenciales para poder detectar y evitar cualquier tipo de problema de salud, en todos los partos de recién nacidos se les realiza un test de Apgar al minuto de nacer. Este test evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesitan ayuda médica adicional o de emergencia. Los bebés nacidos por cesárea, prematuros, o partos complicados es habitual que sobre el minuto 1 tengan una puntuación más baja.

La mortalidad perinatal sigue siendo uno de los objetivos de mejora a nivel mundial, especialmente en los países subdesarrollados, en los que muchas madres y bebés perecen en el parto. Esto es producido, en la mayoría de casos por falta de recursos, conocimientos sanitarios, falta de material y falta de personal cualificado

Muchos estudios apuntan a diferentes recomendaciones que, basándose en la evidencia científica, buscan reforzar aspectos como el sistema inmune, el metabolismo, la alimentación, etc. a través de una serie de prácticas que se encuentran ya estandarizadas en los protocolos hospitalarios.

Es la labor de los profesionales de la salud guiarse por este conjunto de prácticas, con el fin de poder cerciorarse de que la asistencia sanitaria es impecable, en la medida de cantidad de conocimientos que están avalados mediante los estudios científicos 1.

2 Objetivos

El objetivo es investigar acerca del conjunto de actuaciones que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realizan en el ámbito de cuidados e higiene de los recién nacidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo he tenido que llevar a cabo una revisión bibliográfica completa sobre la literatura científica ya existente y presente en las bases de datos web y mediante las normas bibliográficas del estilo Vancouver.

4 Resultados

El TCAE es uno de los colectivos del personal sanitario que más en contacto se encuentra con los pacientes, por lo que, durante su estancia, va a desarrollar relación estrecha tanto con la madre como con el recién nacido.

Debido a esta situación, es de vital importancia que identifique y aplique las recomendaciones y reconozca los indicadores de riesgo con el fin de que, en caso de haber alguna complicación, pueda detectarlo precozmente y transmitirlo al resto del personal sanitario.

Es de igual importancia que realice sus funciones con los protocolos establecidos en la unidad que, a su vez, sean basados en la evidencia científica.

El TCAE se encarga de la higiene tanto del recién nacido como de la madre en caso de que sea necesario en el escenario post parto. En relación con el recién nacido, los estudios exponen que el vérnix caseoso y el conjunto de bacterias que adquiere en el trayecto al mundo son beneficiosos para su sistema inmune y su piel, por lo que es esencial que no sea lavado hasta las 48h, en donde ya se emplearán agua y jabón neutro.

Todos los días que permanezca en planta, debe hacerse la cura del cordón umbilical y ser pesado, para detectar posibles pérdidas de peso significativas (no debe ser superior al 10% en las primeras horas).

En cuanto a la alimentación, se aclararán dudas que le puedan surgir a la madre, intentando siempre fomentar el empleo de lactancia materna. En caso de que se necesite suplementación o la madre requiera lactancia mixta o artificial, es labor de los TCAE de preparar los biberones. Las tomas deben ser realizadas cada 3 horas.

Deben registrar las diuresis y las deposiciones del bebé, así como las posibles alteraciones que encuentren en su piel o cualquier otro aspecto físico diferente a lo usual 1.2,3. 4. Resultados

El técnico de enfermería es uno de los colectivos del personal sanitario que más en contacto se encuentra con los pacientes, por lo que, durante su estancia, va a desarrollar relación estrecha tanto con la madre como con el recién nacido.

Debido a esta situación, es de vital importancia que identifique y aplique las recomendaciones y reconozca los indicadores de riesgo con el fin de que, en caso de haber alguna complicación, pueda detectarlo precozmente y transmitirlo al resto del personal sanitario.

Es de igual importancia que realice sus funciones con los protocolos establecidos en la unidad que, a su vez, sean basados en la evidencia científica.

El TCAE se encarga de la higiene tanto del recién nacido como de la madre en caso de que sea necesario en el escenario post parto. En relación con el recién nacido, los estudios exponen que el vérnix caseoso y el conjunto de bacterias que adquiere en el trayecto al mundo son beneficiosos para su sistema inmune y su piel, por lo que es esencial que no sea lavado hasta las 48h, en donde ya se emplearán agua y jabón neutro.

Todos los días que permanezca en planta, debe hacerse la cura del cordón umbilical y ser pesado, para detectar posibles pérdidas de peso significativas (no debe ser superior al 10% en las primeras horas).

En cuanto a la alimentación, se aclararán dudas que le puedan surgir a la madre, intentando siempre fomentar el empleo de lactancia materna. En caso de que se necesite suplementación o la madre requiera lactancia mixta o artificial, es labor de los TCAE de preparar los biberones. Las tomas deben ser realizadas cada 3 horas.

Deben registrar las diuresis y las deposiciones del bebé, así como las posibles alteraciones que encuentren en su piel o cualquier otro aspecto físico diferente a lo usual 1.2,3.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel fundamental en el cuidados, seguridad e higiene de los bebés en el hospital. Su labor se centra en garantizar el bienestar y el cuidado adecuado de los recién nacidos y de su madre, asegurándose de que se mantengan limpios, cómodos y saludables.

Es esencial en el ámbito sanitario estar continuamente actualizado de los avances e investigaciones científicas, ya que son las bases necesarias para la adecuación

posterior de las actuaciones en el hospital u otro campo sanitario. La evidencia científica es la que marca el avance de una sociedad en la mejora de la salud de sus ciudadanos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva [internet]. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1426086/retrieve>.
2. Gómez, M. E., Ortega, R. G., Sevillano, S. G., Modrego, B. M., Cárdenas, A. P., & Berne, A. C. Realización baño del recién nacido por la TCAE [internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Vol. 3 n11, p.9. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8707989&orden=0&info=link>.
3. Artal García M.P., López Pombo P., Avellanas Sarraseca, T., Hernando Aparicio N., Morlans Pérez P., García Pardós M.T. Funciones del técnico auxiliar de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) [internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2023. vol. 4, n.3, p.48. Recuperado a partir de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-auxiliar-de-enfermeria-tcae-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales-ucin/>.

Capítulo 122

MEDIDAS PREVENTIVAS A APLICAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), úlceras decúbito, llagas de presión o escaras son lesiones isquémicas que se producen en la piel del paciente, es decir, se producen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y de nutrientes en la zona afectada, cuyo origen está en un exceso de presión producida o una exposición de presión constante y prolongada en esta área y que puede derivar en la muerte del tejido y la posterior necrosis.

La producción de estas úlceras está relacionada con el inmovilismo del paciente y afecta a las áreas del cuerpo en las que los huesos están próximos a la piel, como son los talones, los codos, los omoplatos, el coxis, la región sacra, los maléolos, las costillas, los hombros y las orejas.

Según su gravedad, en las úlceras por presión, se pueden observar cuatro etapas:

- Primera etapa: Se observa un enrojecimiento de la piel que no desaparece en los treinta minutos posteriores al alivio de la presión.
- Segunda etapa: Se produce una reducción en el espesor de la piel y se pueden observar heridas superficiales o ampollas.
- Tercera etapa: Se produce la pérdida completa del espesor de la piel, la lesión puede llegar hasta el tejido subcutáneo, pero músculo, tendón y hueso aún no son visibles. Hay que prestar atención a la aparición de señales de infección como pus, enrojecimiento del borde de la lesión, fiebre, etc., o de necrosis.
- Cuarta etapa: En este punto, la lesión se habrá extendido hasta el músculo o, incluso, hasta el hueso, puede haber mucho tejido muerto, drenaje y la posibilidad de infección es muy alta.

La prevención de las úlceras por presión es muy importante por las consecuencias que acarrear en la calidad de vida y en la salud de los pacientes, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la prevención de las úlceras por presión y en su detección derivado del conocimiento adquirido durante su formación y la práctica de las acciones en el desarrollo de su labor.

2 Objetivos

- Resaltar las graves consecuencias que pueden tener las úlceras por presión en la salud de los pacientes y la importancia de la aplicación de medidas de prevención.
- Describir las principales medidas de prevención que los TCAE pueden utilizar para evitar la aparición de úlceras por presión en pacientes encamados.
- Destacar la relevancia de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la prevención de úlceras por presión.

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: “úlceras por presión” “TCAE ante las úlceras por presión” o “úlceras por presión medidas preventivas”.

4 Resultados

Las úlceras por presión pueden tener graves consecuencias en la salud de los pacientes y son causa de dolor, posibles fuentes de infección y otras complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente. Sin duda la mejor forma de actuar contra las úlceras por presión es la utilización de medidas preventivas. La prevención consistiría en reducir o, si es posible, eliminar la presión, favorecer la circulación sanguínea y procurar mantener la piel limpia e hidratada.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede utilizar diferentes prácticas como medidas de prevención ante las úlceras por presión. El mantenimiento de una buena higiene del paciente es primordial. Al menos una vez al día se debe realizar un lavado del paciente utilizando un jabón neutro, aclarando bien y prestando atención al secado, sobre todo, en las zonas donde se formen pliegues. Si el paciente está vendado, se debe comprobar que los vendajes estén secos y estirados, además, mientras se realiza el aseado se puede aprovechar para observar minuciosamente las zonas de apoyo del paciente en búsqueda de piel enrojecida, que señalaría una situación previa a la producción de una úlcera.

Otro aspecto a tener en cuenta es la hidratación de la piel, en aquellos pacientes en los que se observe sequedad en la piel será necesaria la utilización de cremas protectoras o aceites. La aplicación de estos productos debe ser suave y debe realizarse durante solo unos minutos. También se pueden aprovechar esos momentos para aplicar masajes en las zonas que sean más proclives a ulcerarse para favorecer la circulación sanguínea, cuidando de no masajear las áreas que ya estén ulceradas.

Otra de las medidas preventivas a aplicar consistiría en mantener la ropa de la cama limpia y seca, cambiándola cuantas veces sea necesario al día. La cama debe estar bien hecha, estirada, sin arrugas y con la suficiente holgura en la sabana para que el paciente pueda moverse sin dificultad. Es fundamental prestar atención a los cambios posturales. Se debe cambiar de posición al paciente encamado para variar los puntos de presión. Estos cambios deben realizarse las veinticuatro horas del día y cada dos a cuatro horas, siendo las posiciones más utilizadas en pacientes encamados las siguientes: decúbito supino, lateral y prona, y Fowler.

El mantenimiento de una nutrición correcta del paciente es muy importante. Proporcionar una alimentación correcta y suficiente en calorías y proteínas para mantener la salud del paciente y con una cantidad de líquidos abundante. La dieta administrada debe ser rica en nutrientes que favorezcan la salud de la piel, como pueden ser las vitaminas y las proteínas.

La realización de ejercicios de gimnasia activa o de gimnasia pasiva, si el paciente

no puede moverse solo, también constituye una medida preventiva. Estos ejercicios pueden consistir en extender y flexionar brazos y piernas, rotación de manos y pies, separar y aproximar brazos y piernas, movimientos de cabeza, etc.

Finalmente, también se puede recurrir al uso de accesorios que sirvan para reducir la presión sobre la piel del enfermo como: el arco de Anderson, colchones antiescaras, cojines y almohadas, o vendajes con almohadillado.

Es fundamental resaltar en que la prevención de las úlceras por presión los Técnicos Auxiliares de Enfermería pueden desarrollar una importante labor colaborando en la aplicación de las prácticas seguras descritas y mediante la detección temprana de las úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema importante para la salud y calidad de vida de los pacientes inmovilizados. Estas lesiones isquémicas tienen consecuencias como dolores, infecciones o necrosis del tejido afectado, reduciendo la calidad de vida del paciente o poniéndola en riesgo. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en la prevención de las úlceras por presión, y sus prácticas pueden ser relevantes para el bienestar del paciente. Las diversas medidas preventivas que los TCAE pueden implementar para evitar la aparición de úlceras por presión y la asistencia continua e individualizada al paciente, hacen que los TCAE jueguen un papel fundamental en las tareas de prevención, y con sus conocimientos y dedicación pueden contribuir de manera significativa a reducir los riesgos y evitar la aparición de estas dolorosas lesiones. Con la adopción de las medidas preventivas expuestas y al prestar atención a las necesidades individuales de cada paciente, los TCAE pueden suponer un recurso muy positivo en la vida de aquellos pacientes que más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Úlcera por presión. Skin, Hair and Nails [Internet]. 2002 [citado el 30 de julio de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>.
2. Úlceras por presión: Prevención [Internet]. Ulceras.net. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>.
3. Ocronos R. Funciones del TCAE en la prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP) [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el

30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-upp/amp/>.

4. de Enfermería Ocronos RM y. ▷ Úlceras por presión - cuidados y prevención por parte del TCAE - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-cuidados-prevencion-tcae/amp/>.

Capítulo 123

LA ESQUIZOFRENIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

M JOSE BONILLA DELGADO

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad mental se localiza en el sistema nervioso central logrando que las personas que lo padecen tengan un comportamiento extraño y poco habitual. De esta forma el cerebro tiene un comportamiento y pensamiento poco coherente. Toda persona que padece una enfermedad mental grave y duradera va a tener una alteración de los pensamientos, de la forma en que percibe el medio y por tanto de su conducta se sale de los parámetros conocidos. Cada enfermedad mental tiene una serie de manifestaciones clínicas que ha hecho que a través del DSM-V estas patologías mentales se clasifiquen. En este trabajo es objeto la esquizofrenia que con anterioridad al DSM –V, es decir, en el DSM-IV tenía varias clasificaciones como catatónica, hebefrénica entre otras, pero esto ha desaparecido en la última publicación.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y duradera que no suele tener una etiología definida, aunque puede tener causas genéticas, por consumo con tóxicos, pero no está muy confirmado a nivel científico. Esta enfermedad se suele desarrollar en la etapa de la adolescencia cuando la persona comienza a madurar y a buscar la independencia. Suele padecerla el 1% de la población mundial y en muchas ocasiones no se distingue debido a causas culturales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es definir la enfermedad mental de la esquizofrenia.

El objetivo secundario es exponer la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería a este tipo de pacientes con esquizofrenia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La esquizofrenia suele presentar síntomas positivos que se reflejan en conductas que escapan a lo considerado normal y unos síntomas negativos que se reflejan en unas emociones que tienden a la depresión y a encerrarse en sí mismo. Pese a los tratamientos que existen para tratar la enfermedad, no logra curarse, sino que controla la sintomatología por lo que las personas que la padecen deben acostumbrarse a ella. La intervención por parte del equipo de enfermería y por tanto del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desde el punto de vista psicológico es primordial para apoyar a estos pacientes. La terapia a estos pacientes es muy positiva para que logren entender los síntomas y se percaten de los signos de su enfermedad para poder tener ayuda cuando tienen una recaída. Estos pacientes toman antipsicóticos que logran mantener a las personas con esquizofrenia en el mundo real sin tener percepciones equivocadas de la realidad.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe: - Apoyar y ayudar al paciente que padece esquizofrenia a una adherencia al tratamiento en su proceso de rehabilitación en el hospital de día. - Promover para que acuda con regularidad a las citas médicas y a la terapia de rehabilitación. - Colaborar con el psiquiatra y la enfermera en la terapia individual que le apoya en su estado y a hacer frente a las recaídas. - Formar parte del grupo que entrenar a estos pacientes en habilidades sociales para poder reinsertarse en el medio social de nuevo. - Brindar a apoyo a los familiares para sobrellevar la situación y ayudar a los pacientes. - Formarse para integrar los equipos de rehabilitación en salud mental que están en los hospitales de día de tal manera ayuden a estos usuarios del sistema sanitario con calidad. - En casos de que la terapia psicológica, no sea efectiva se realiza una terapia electroconvulsiva como método extremo para tratar la enfermedad de la esquizofrenia. - Ofrecer pautas que eviten la conducta suicida.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el paciente con esquizofrenia suele tener una sintomatología negativa por lo que como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos promover actitudes y cambios que promuevan la salud mental en él y así pueda hacer frente a la enfermedad y sus síntomas. Pese a la terapia individual y grupal no podemos olvidar que el paciente debe asumir la toma regular de la medicación, así como mostrarle cómo hacer frente a la sintomatología para poder acudir al centro sanitario ante un brote. Por ello, debemos formarnos para realizar un trabajo con eficacia en la salud mental del paciente con esquizofrenia.

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/esquizofrenia-tcae-servicio-de-salud-mental/>
- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-una-paciente-con-esquizofrenia/>.

Capítulo 124

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD COMUNITARIA

M JOSE BONILLA DELGADO

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

1 Introducción

El desarrollo de la salud comunitaria es relativamente reciente porque hasta hace unas décadas solamente se trataba de curar cuando se padecía una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud con la carta de Ottawa trata de promover la salud pública para poder atender a la comunidad y potenciar la salud de cada uno de los individuos con hábitos saludables. El equipo de enfermería del que forman parte los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debe hacer frente a este nuevo sistema de atención sanitaria que promueve salud y previene la enfermedad. Gracias a esta nueva orientación que intenta luchar contra las desigualdades que existen. Los principios de la salud comunitaria surgen con la carta de Ottawa pero su regulación se debe a la declaración de Alma – Ata que realiza la primera asamblea sobre atención primaria en base al famoso informe

Lalonde que trazaba cuatro ámbitos básicos para el desarrollo de la salud comunitaria siendo el año 2000 clave para la lucha de salud pública y comunitaria. El papel que debe desarrollar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es necesario para promover la salud comunitaria y se ha ido desarrollando con el paso del tiempo formación no continuada que ayuda a ejercer las funciones en salud comunitaria.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es enumerar las responsabilidades del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la Salud Comunitaria, además de poder describir la estructura de la salud comunitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 lograr que dentro de una comunidad exista un equilibrio es necesario que exista un equipo de atención primaria que se inserta en la sociedad para lograr que haya salud comunitaria. Para que estos equipos sean efectivos y ofrezcan una atención de calidad e integral es preciso que los sistemas sanitarios creen una estructura y organización para que la conferencia de Alma – Ata se haga realidad. Los equipos de atención primaria entre los que se encuentra el técnico en cuidados auxiliares de enfermería van a tratar de proteger a una comunidad por medio de programas educativos que promueven el aprendizaje de hábitos saludables que potencian la salud. Es cierto que los cambios saludables en una comunidad no son rápidos, sino que se gestan paulatinamente y se precisa de mucho esfuerzo y compromiso por parte de los equipos de atención primaria y de la propia comunidad. Las funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene en los equipos de atención primaria son las siguientes: - Acompañar a los pacientes que acuden a los centros de salud. - Ayudar a los pacientes que

no son independientes a desvestirse, a subir escaleras, al uso del ascensor, etc. - Recoger las llamadas de teléfono. - Mantener el orden y la limpieza las consultas de atención primaria. - Reponer el material necesario. - Asistir a la enfermera en las curas que realiza. - Participar en los programas educativos. - Controlar la temperatura de las neveras que contienen vacunas y medicación termosensible. - Encargarse la lencería y de la ropa sucia. - Colaborar para formar equipo. - Trabajar tanto en equipo en las funciones compartidas como de forma individual en las funciones propias. - Ofrecer servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación tanto a nivel individual como comunitario. - Evaluar junto todo el equipo los programas educativos que se han desarrollado. Con el paso del tiempo, se verá el impacto en la comunidad y se podrá evaluar a través de los resultados obtenidos.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen que formar parte de los equipos de atención primaria porque apoyan a la promoción de la salud pública y comunitaria. Se trata de dar las herramientas para que los individuos puedan optar a una vida saludable. La base de la educación sanitaria y de la formación de las sociedades es la salud comunitaria por ello como profesionales hemos de dotar a la población la capacidad de optar y decidir por unos hábitos saludables que prevengan enfermedades. Como miembros de la atención primaria debemos saber acoger porque somos la puerta de entrada de una sanidad que presta sus servicios con calidad y de forma integral.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-recomendacion-de-activos-para-la-salud-y-el-papel-de-la-enfermera-familiar-y-comunitaria/>.
2. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012.

Capítulo 125

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

M JOSE BONILLA DELGADO

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

MARIANGELES HIGUERA HERNANDEZ

NAZARET DE LA FUENTE DE LA FUENTE

TERESA ALFARO GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de las múltiples patologías de la salud mental, los Trastornos de Conducta Alimentaria son una de las enfermedades de este ámbito con una alta incidencia y prevalencia a nivel mundial en los países del norte. Se deben a múltiples factores, pero afectan principalmente al género femenino en la época de la adolescencia. Los medios de comunicación han establecido un standard de belleza al que nos debemos someter. Los jóvenes son muy fáciles de manejar e influenciados de tal forma que comienzan a preocuparse por su aspecto físico y por el qué dirán las personas de su entorno. Esta patología exige que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga desarrolladas capacidades laborales para detectar de forma precoz a este tipo de pacientes de tal manera que se puede intervenir para prevenir y no para curar. Al hablar de descubrir a estos pacientes con antelación,

los centros de salud van a adquirir una importancia en la promoción y detención de las jóvenes con este tipo de problemas. De esta forma se interviene desde los programas de salud y podemos detectar los factores de riesgo en su entorno habitual que es su comunidad. Se debe realizar una valoración en base a los patrones nutricionales y a la autopercepción que tienen de sí mismas para poder realizar un programa individualizado de atención sanitaria al trastorno de conducta alimentaria.

2 Objetivos

- Describir la patología de los trastornos de conducta alimentaria.
- Mostrar las herramientas que utiliza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para apoyar a estas pacientes.

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: Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trastornos alimentarios, adolescencia, anorexia, bulimia entre otros.

4 Resultados

La edad para que comiencen estos trastornos de la conducta alimentaria como patología mental cada vez es más pronto, tienen un alto índice de afectación y de mortalidad por las exigencias de la sociedad con respecto a la belleza. Desde que el hombre existe el hecho de comer es un acto diario que se realiza con ideas de hábitos saludables, han existido épocas en las que el hecho de ayunar estaba valorado. Dentro de las patologías que definen los trastornos de conducta alimentaria, se pueden distinguir la anorexia y bulimia nerviosas, los atracones y los trastornos que no se saben identificar y son como un cajón desastre. La anorexia nerviosa presenta una sintomatología de pérdida de peso que trata de mantener mientras que la bulimia es un descontrol alimentario ya que existen grandes atracones con una purga a posteriori.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla un papel en la detección precoz de estas enfermedades:

- Realizar un programa individualizado para cada paciente.
- Seguimiento de los pacientes de forma individualizada, integral y con calidad.
- Realizar un proceso de cambio nutricional a través de terapia y medicación que ayudan a disminuir la ansiedad y favorecen la adquisición de hábitos alimentarios.
- Apoyar en las terapias de enfoque cognitivo-conductual grupales que corrigen ideas erróneas.
- Generar una relación terapéutica con la familia como medio de apoyo y ayuda para la paciente y expresión de sus necesidades.
- Explicar que la sobreprotección es perjudicial la rehabilitación de estas pacientes.
- Favorecer la ingesta saludable en base a los patrones de Gordon que al promover la salud se trata de prevenir el vómito con una dieta saludable como la mediterránea.
- Control de la hidratación.
- Control de la diuresis y heces.
- Favorecer el descanso y el sueño.
- Estimular la higiene corporal.
- Promover las relaciones sociales. Dentro de todas estas actividades, el técnico debe promover una vinculación terapéutica ya que es la mejor herramienta para tener éxito en el proceso de rehabilitación alimentaria de la menor.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los cuidados que ofrecemos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben ser individuales, dinámicos y con revisiones continuadas en base a la evolución de los pacientes. Las necesidades que van a precisar estos jóvenes son totalmente diferentes en todo el proceso por lo que tenemos que estar atentos para detectarlas y poder cubrirlas para promover la rehabilitación. En muchas ocasiones, las pacientes son complicadas y con una gran desestructuración mental por lo que debemos estar dispuestos a ser flexibles ya que evitamos desgastarnos y tenemos que generar medios de coordinación que favorezcan el proceso de cada paciente. Por último, debemos estar dispuesto a un proceso de formación que nos cualifica para poder hacer frente a los pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

6 Bibliografía

1. [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/#::text=INTRODUCCION-,Los%20Trastornos%20de%20Conducta%20Alimentaria%20\(TCA\)%20son%20enfermedades%20de%20salud,sobretudo%20en%20el%20g%C3%A9nero%20femenino.](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-trastornos-alimenticios/#::text=INTRODUCCION-,Los%20Trastornos%20de%20Conducta%20Alimentaria%20(TCA)%20son%20enfermedades%20de%20salud,sobretudo%20en%20el%20g%C3%A9nero%20femenino.)
2. [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-intrahospitalario-tcae-paciente-con-anorexia/.](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-intrahospitalario-tcae-paciente-con-anorexia/)
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 126

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

Para comenzar a comprender cuáles son las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en este área, es fundamental entender la terminología utilizada en el apartado de los citostáticos, que son medicamentos que pueden detener la propagación de las células cancerosas y/o alterar el metabolismo de la célula.

A continuación, usaremos el término "manejo o manipulación de citostáticos" para describir situaciones en las que ocurren los siguientes conjuntos de operaciones.

- Realización de una dosis a partir de una presentación comercial.
- Dar al paciente la dosis prescrita.
- Eliminación o recogida de residuos relacionados con las actuaciones anteriores. Principalmente las áreas más expuestas a citostáticos, o donde más se utilizan son:
 - Servicios de farmacia preparatoria.

- Plantas de internación en oncología, hematología y otros hospitales donde se administren en un grado menor.

- Hospitales de día (oncología, reumatología, etc.).

La exposición también es una posibilidad cuando se eliminan los excrementos de los pacientes o tratamiento citostático (ya que los citostáticos como la ciclofosfamida pueden estar presentes en el sudor).

Se debe tener en cuenta cualquier acción que pueda potencialmente resultar en un contacto directo con él (limpieza de derrames, mantenimiento de camas y/o boxes y limpieza, transporte, almacenamiento, etc.).

Una de estas actividades dependerá del grupo de medidas preventivas que adopten, por lo que es importante determinar la exposición potencial y su nivel en base al análisis de riesgo realizado en cada caso particular.

2 Objetivos

- Conocer la terminología y usos de los citostáticos.

- Dar a conocer sus posibles exposiciones y cómo administrar y tratar los residuos que estos generen.

- Aprender y evaluar los riesgos que conlleven la administración y manejo de los citostáticos.

- Aprender los protocolos que se llevan a cabo en los tratamientos de citostáticos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en internet en el campo de la ciencia exclusiva de ésta materia para la elaboración de éste artículo.

Los videos y artículos se pueden encontrar en las principales bases de datos Dialnet y Medline.

Se han escogido artículos de publicaciones académicas revisadas sobre el tema, en este caso, citostáticos, protocolo de exposición, en Pubmed y Scielo, todos ellos relacionados con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y con el manejo de estos. Descartándose los que no se han considerado de interés.

4 Resultados

Es fundamental conocer los distintos puntos de entrada en el organismo y los riesgos de los citostáticos para evitar peligros en el cuerpo de una persona a

través de la penetración y tratamientos de éstos, como son en los casos de:

- Aspiración de aerosoles y contacto con gotitas, que suele tener lugar durante la aplicación de soluciones citostáticas.
- Por contacto directo, como al administrar el medicamento, ya sea la mucosa o la piel.
- Por vía oral: implica la ingestión de alimentos, bebidas o cigarrillos contaminados, pero es el método menos común.
- Por vía parenteral, que consiste en administrar el fármaco directamente en el torrente sanguíneo, a través de cortes o pinchazos no intencionales provocados por ampollas rotas.

Para el trabajador que se encuentre en este puesto y pueda estar expuesto a estos riesgos, es necesario contar con protección personal.

Además de los requisitos previos, el personal debe de estar cualificado para sus funciones, ya que se encuentra expuesto cuando se manipulan, y debe proteger al paciente.

El lavado de manos con agua y jabón u otro agente antibacteriano es una de las precauciones más eficaces, o con solución hidroalcohólica tanto antes como después de la colocación de los guantes.

Cuando se trabaja con este tipo de sustancias, se deben quitar los guantes cada media hora más o menos, y cada vez que se ensucien o se rompan, deben reemplazarse, se cambian inmediatamente. Dado que cada material tiene una composición química única y un conjunto de propiedades de permeabilidad, ningún material es completamente impermeable a todos los citostáticos.

Se deben de utilizar cabinas de seguridad biológica para la creación de mezclas de agentes citostáticos, se emplean ciertos tipos de box o gabinetes preparados para ello. Están formados por un flujo de aire filtrado y laminar, lo que asegura ambas cosas, tanto la protección del trabajador como la del producto.

Por lo tanto, es crucial que el TCAE conozca todos los riesgos y procedimientos para prevenir infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la aparición de novedades basándonos en la bibliografía consultada, las perspectivas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad neoplásica han mejorado gracias a los medicamentos contra el cáncer, incluidos los citostáticos, mejorado significativamente.

Por el contrario, sin embargo, se ha demostrado que estos medicamentos son teratogénicos, mutagénicos y cancerígenos; también favorecen el desarrollo de

neoplasias secundarias y son un importante contribuyente a muchas de ellas. Por su acción irritante, vesicante o alérgica, puede dañar localmente el epitelio de la piel y las mucosas. Por lo tanto, es crucial prestar atención a la bioseguridad en el uso de citostáticos por el equipo sanitario, entre otras cosas, en particular del TCAE.

6 Bibliografía

1. Ginés, J. (2002). "Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos." Servicio de Farmacia Hospital Universitario Son Dureta.
2. Conde-Estévez, D., & Mateu-de Antonio, J. (2012). "Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos." Farmacia Hospitalaria.
3. Fernández-González, A. (2016). "Prevención de la Extravasación de Citostáticos por Enfermería."

Capítulo 127

EQUIPOS DE TRABAJO EN SANIDAD: IMPORTANCIA, FUNCIONES Y BENEFICIOS

M^a ADELA GARCIA MENENDEZ

1 Introducción

En el ámbito de la sanidad, el trabajo en equipo es un pilar fundamental para brindar una atención de calidad, eficiente y segura a los pacientes. Los equipos de trabajo en sanidad están compuestos por profesionales altamente capacitados y diversos, como médicos, enfermeros, técnicos, terapeutas y personal administrativo, entre otros. Estos equipos colaboran de manera conjunta y coordinada para abordar las necesidades de salud de los pacientes desde múltiples perspectivas, maximizando los resultados positivos y minimizando los riesgos.

La naturaleza compleja y cambiante de los casos médicos requiere la colaboración de diferentes expertos para tomar decisiones informadas y brindar tratamientos personalizados. La comunicación efectiva y el intercambio de información entre los miembros del equipo son cruciales para garantizar una atención integral y evitar errores que puedan poner en peligro la vida de los pacientes.

Además de proporcionar una mejor atención al paciente, el trabajo en equipo en sanidad también mejora el bienestar de los propios profesionales. Al compartir responsabilidades y apoyarse mutuamente, los miembros del equipo pueden enfrentar situaciones desafiantes con mayor confianza y reducir la carga individual de trabajo.

Los equipos de trabajo en sanidad también facilitan la incorporación de nuevas tecnologías y avances médicos, ya que diferentes especialistas aportan sus

conocimientos y habilidades para implementar las mejores prácticas y mantenerse actualizados en un campo en constante evolución.

2 Objetivos

- Exponer las características que debe tener un buen líder.
- Conocer los distintos equipos de trabajo en el entorno sanitario.
- Poner de manifiesto los problemas que pueden surgir.
- Resaltar las distintas personalidades integrantes de un equipo de trabajo

3 Metodología

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

4 Resultados

Analizaremos cómo la colaboración multidisciplinaria beneficia a los pacientes y al personal médico, así como los desafíos y estrategias para lograr una comunicación efectiva y una dinámica de equipo exitosa. Además, examinaremos cómo los avances tecnológicos y la innovación impactan en la configuración y funcionamiento de estos equipos en el ámbito sanitario.

El trabajo en equipo permite:

- **Atención Integral al Paciente:** Los equipos de trabajo en sanidad permiten un abordaje integral de los pacientes al combinar el conocimiento y experiencia de diferentes especialidades médicas. Esto asegura que los pacientes reciban una atención personalizada y coordinada, teniendo en cuenta todos los aspectos de su salud y bienestar.
- **Mejora de la Toma de Decisiones:** La colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas enriquece el proceso de toma de decisiones clínicas. Al contar con diversas perspectivas y enfoques, los equipos pueden evaluar opciones terapéuticas de manera más exhaustiva, lo que lleva a decisiones más informadas y acertadas.

- **Reducción de Errores Médicos:** La comunicación efectiva y el trabajo conjunto disminuyen la probabilidad de errores médicos. La revisión cruzada de información y la supervisión entre los miembros del equipo ayudan a identificar y corregir posibles fallos antes de que afecten negativamente a los pacientes.
- **Mayor Eficiencia y Productividad:** Los equipos de trabajo en sanidad pueden optimizar la asignación de recursos y tareas, reduciendo la duplicación de esfuerzos y mejorando la eficiencia en la prestación de servicios médicos.
- **Apoyo Psicológico al Personal:** En entornos sanitarios, el trabajo puede ser estresante y desafiante. La colaboración en equipos brinda apoyo psicológico entre los miembros, lo que ayuda a reducir el agotamiento y mejora el bienestar general del personal médico.
- **Innovación y Avance Tecnológico:** Los equipos de trabajo en sanidad son fundamentales para la adopción e implementación efectiva de avances tecnológicos y nuevas prácticas médicas, lo que permite mantenerse actualizado con los desarrollos más recientes en el campo.

Funciones de los Equipos de Trabajo en Sanidad

Los equipos de trabajo en sanidad desempeñan diversas funciones para garantizar una atención integral y de calidad. Algunas de las funciones más destacadas son:

- **Diagnóstico y Planificación del Tratamiento:** Los equipos multidisciplinarios evalúan los síntomas y resultados de pruebas diagnósticas para establecer un diagnóstico preciso y elaborar un plan de tratamiento adecuado para cada paciente.
- **Coordinación de Cuidados:** Los equipos se encargan de coordinar y gestionar la atención de múltiples especialistas para asegurar que cada paciente reciba los servicios y tratamientos necesarios de manera coherente y oportuna.
- **Prevención y Educación:** Los equipos trabajan para promover la prevención de enfermedades y fomentar prácticas de vida saludables, tanto entre los pacientes como en la comunidad.
- **Resolución de Problemas Complejos:** En situaciones médicas complejas o emergencias, los equipos se movilizan para abordar y resolver los problemas de manera rápida y efectiva.
- **Evaluación Continua y Mejora de la Calidad:** Los equipos revisan y evalúan regularmente la calidad de la atención brindada, identificando áreas de mejora y aplicando estrategias para optimizar los resultados de salud.
- **Investigación y Desarrollo:** Los equipos también pueden estar involucrados en la investigación médica, contribuyendo al avance del conocimiento científico y médico en sus respectivas áreas de especialización.

Beneficios de los Equipos de Trabajo en Sanidad

- **Resultados Clínicos Mejorados:** La colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas está asociada con una mejoría en los resultados de salud de los pacientes. Los equipos de trabajo logran mejores tasas de recuperación, reducción de complicaciones y mayor satisfacción del paciente.
- **Mayor Satisfacción del Personal:** Los profesionales médicos que trabajan en equipos bien coordinados y efectivos tienden a sentirse más satisfechos con su trabajo, lo que lleva a una mayor retención del talento y disminuye el agotamiento profesional.
- **Comunicación Mejorada:** Los equipos de trabajo fomentan una comunicación abierta y efectiva entre los miembros, lo que reduce malentendidos y errores derivados de la falta de información.
- **Reducción de Costos:** La eficiencia y prevención de errores en la atención médica ayudan a reducir los costos asociados con readmisiones y tratamientos adicionales.
- **Fomento de la Innovación:** Los equipos de trabajo están abiertos a la adopción de nuevas tecnologías y enfoques, lo que fomenta la innovación en el campo de la sanidad y mejora la calidad de la atención.
- **Mejora de la Seguridad del Paciente:** La revisión cruzada y la vigilancia constante entre los miembros del equipo reducen los riesgos de errores médicos que puedan afectar la seguridad de los pacientes.

Desafíos en el Trabajo en Equipo en Sanidad

Si bien los equipos de trabajo en sanidad ofrecen numerosos beneficios, también enfrentan desafíos que pueden afectar su rendimiento y eficacia. Algunos de estos desafíos incluyen:

- **Comunicación Deficiente:** La falta de una comunicación clara y efectiva entre los miembros del equipo puede dar lugar a malentendidos, errores y problemas en la atención del paciente.
- **Jerarquías y Roles Difusos:** En algunos entornos médicos, las jerarquías y roles poco definidos pueden afectar la toma de decisiones y la dinámica de trabajo en equipo.
- **Conflictos Internos:** Las diferencias de opinión y los conflictos personales entre los miembros del equipo pueden afectar la colaboración y el rendimiento general.
- **Dificultades de Coordinación:** En entornos complejos, puede ser desafiante coordinar y gestionar adecuadamente los recursos y tareas entre los miembros del equipo.
- **Resistencia al Cambio:** La resistencia al cambio y la adopción de nuevas prácticas o tecnologías pueden afectar la innovación y la mejora continua.

Estrategias para Fomentar un Trabajo en Equipo Exitoso en Sanidad

A fin de superar los desafíos y asegurar el éxito de los equipos de trabajo en sanidad, es importante implementar estrategias efectivas. Algunas de las estrategias clave son:

- **Promover una Cultura de Colaboración:** Es fundamental crear una cultura organizacional que fomente la colaboración, la comunicación abierta y el respeto entre los miembros del equipo.
- **Establecer Roles y Responsabilidades Claras:** Definir claramente los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo ayuda a evitar malentendidos y confusiones.
- **Fomentar la Comunicación Abierta y Efectiva:** Se deben establecer canales de comunicación efectivos y alentar la comunicación abierta entre los miembros del equipo.
- **Capacitación y Formación Continua:** Proporcionar capacitación y formación continua a los miembros del equipo les permite mantenerse actualizados y mejorar sus habilidades y conocimientos.
- **Liderazgo Efectivo:** Un líder de equipo eficiente es fundamental para guiar y coordinar las actividades del equipo, asegurando un enfoque claro y objetivos bien definidos.
- **Reconocimiento y Valoración del Trabajo en Equipo:** Reconocer y valorar el trabajo en equipo fomenta un ambiente positivo y motivador para todos los miembros.
- **Evaluar y Mejorar Constantemente:** La revisión y evaluación periódica del rendimiento del equipo ayudan a identificar áreas de mejora y a implementar cambios para aumentar la eficiencia y la calidad de la atención.

Impacto de la Tecnología en los Equipos de Trabajo en Sanidad

La tecnología ha transformado la forma en que los equipos de trabajo en sanidad colaboran y se comunican. Algunas formas en que la tecnología ha impactado positivamente en estos equipos son:

- **Historias Clínicas Electrónicas:** La implementación de sistemas de historias clínicas electrónicas permite un acceso rápido y seguro a la información del paciente, lo que facilita la colaboración entre los miembros del equipo y la toma de decisiones basada en datos actualizados.
- **Telemedicina:** La telemedicina ha ampliado la capacidad de los equipos de trabajo para brindar atención a distancia, conectarse con expertos en otras ubicaciones y ofrecer servicios a comunidades remotas.
- **Plataformas de Comunicación:** Las plataformas de comunicación y colaboración en línea facilitan la interacción entre los miembros del equipo, permitiendo la compartición de información en tiempo real y la resolución de problemas de man-

era más eficiente.

- **Aplicaciones Móviles de Salud:** Las aplicaciones móviles de salud permiten a los pacientes y profesionales acceder a información médica, realizar seguimientos y recibir recordatorios de tratamientos, mejorando la adherencia a los planes de cuidado.
- **Inteligencia Artificial y Big Data:** La inteligencia artificial y el análisis de big data pueden ayudar a los equipos de trabajo a identificar patrones, predecir tendencias y mejorar la toma de decisiones clínicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los equipos de trabajo en sanidad son pilares fundamentales para garantizar una atención médica integral, segura y de calidad. La colaboración multidisciplinaria entre profesionales altamente capacitados y diversos permite abordar las necesidades de salud de los pacientes desde múltiples perspectivas, optimizando la toma de decisiones y mejorando los resultados clínicos.

La importancia de los equipos de trabajo en sanidad radica en su capacidad para ofrecer una atención integral y personalizada a los pacientes. Al combinar el conocimiento y experiencia de diferentes especialidades médicas, los equipos pueden abordar problemas de salud complejos de manera más efectiva y proporcionar tratamientos coordinados y coherentes.

Además, los equipos de trabajo en sanidad son fundamentales para prevenir errores médicos y mejorar la seguridad del paciente. La comunicación efectiva y la revisión cruzada de información entre los miembros del equipo ayudan a reducir la probabilidad de errores y complicaciones médicas, lo que se traduce en una atención más segura y de alta calidad.

Otro aspecto clave de los equipos de trabajo en sanidad es su impacto positivo en la satisfacción del personal médico. La colaboración y el apoyo mutuo entre los miembros del equipo fomentan un ambiente de trabajo positivo y reducen el agotamiento profesional, lo que a su vez contribuye a una mayor retención del talento en el campo de la salud.

Así mismo, los equipos de trabajo en sanidad son impulsores de la innovación y el avance tecnológico en el campo de la salud. Estos equipos están abiertos a la adopción de nuevas tecnologías y enfoques, lo que les permite mantenerse actualizados y ofrecer servicios médicos de vanguardia.

Sin embargo, para lograr un trabajo en equipo exitoso en sanidad, es crucial abordar los desafíos que puedan surgir, como la comunicación deficiente o las jerarquías poco claras. Implementar estrategias como promover una cultura de

colaboración, establecer roles y responsabilidades claras, y fomentar la comunicación abierta son fundamentales para superar estos obstáculos y maximizar la eficacia de los equipos.

En resumen, los equipos de trabajo en sanidad desempeñan un papel vital en el cuidado de la salud de las personas. Su colaboración multidisciplinaria mejora la calidad de la atención médica, previene errores, promueve la innovación y contribuye a un ambiente laboral más satisfactorio para el personal médico. Estos equipos seguirán siendo esenciales para alcanzar una atención médica integral y segura en el futuro, impulsando el bienestar de las comunidades y mejorando la calidad de vida de las personas en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_en_equipo.
2. Rodríguez WFL, Secín DR, Ramírez AJL. El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta Med.* 2021;19(4):477-479. doi:10.35366/102530.
3. <https://coworkingfy.com/trabajo-en-equipo/>.
4. <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-y-liderazgo-en-cuidados-de-enfermeria/tema-4-creacion-de-equipos-eficaces>.
5. <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/hacer-integracion-equipo-sanitario-centro-medico>.

Capítulo 128

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

En un mundo donde la calidad de vida y el bienestar son prioridades, la alimentación saludable se ha convertido en un tema central. La alimentación saludable se refiere a la práctica de seleccionar y consumir alimentos que brinden los nutrientes necesarios para mantener un cuerpo en óptimo funcionamiento, promoviendo así la salud y previniendo enfermedades. Esta elección consciente va más allá de simplemente satisfacer el hambre; implica tomar decisiones informadas sobre qué y cómo comemos, considerando no solo el aspecto nutricional, sino también el impacto que nuestras elecciones alimentarias tienen en el entorno y en nuestra comunidad.

Una alimentación saludable se basa en una variedad de alimentos que ofrecen nutrientes esenciales como proteínas, carbohidratos, grasas saludables, vitami-

nas y minerales. Prioriza el consumo de frutas y verduras frescas, granos integrales, proteínas magras, fuentes de grasas saludables como los aceites vegetales no refinados, y una ingesta adecuada de agua. Además, implica moderación en el consumo de alimentos procesados, ricos en azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.

Los beneficios de una alimentación saludable son numerosos y abarcan aspectos físicos, mentales y emocionales. Ayuda a mantener un peso adecuado, reduce el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Además, puede mejorar los niveles de energía, la concentración y el estado de ánimo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el fomento de una alimentación saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Pautas generales para seguir una alimentación saludable consumiendo una variedad de alimentos de todos los grupos principales: frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras, lácteos bajos en grasa o alternativas y fuentes saludables de grasas. Esto asegura que se está obteniendo una amplia gama de nutrientes esenciales.

Frutas y Verduras: Incluye una abundante cantidad de frutas y verduras en tus comidas. Son ricos en vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes que son fundamentales para la salud.

Granos Enteros: Opta por granos enteros en lugar de granos refinados. Esto incluye alimentos como pan integral, arroz integral, avena y pasta de trigo integral. Los granos enteros son ricos en fibra y nutrientes.

Proteínas Magras: Elige fuentes de proteínas magras, como pollo sin piel, pavo, pescado, legumbres (frijoles, lentejas, garbanzos) y productos lácteos bajos en grasa o alternativas vegetales como tofu y tempeh.

Grasas Saludables: Prioriza grasas saludables como las que se encuentran en aceites vegetales no refinados (aceite de oliva, aceite de aguacate), nueces, semillas, aguacates y pescado graso (salmón, sardinas).

Recomendaciones más detalladas para llevar una alimentación saludable:

1. **Controlar las Porciones:** Prestar atención al tamaño de las porciones para evitar comer en exceso y mantener un equilibrio calórico adecuado.
2. **Priorizar las Fuentes de Grasas Saludables:** Optar por grasas insaturadas como las que se encuentran en aceite de oliva, aguacates, nueces y pescado graso.
3. **Limitar las grasas saturadas y evitar las grasas trans,** presentes en alimentos procesados y fritos.
4. **Consumir suficiente fibra:** Elegir alimentos ricos en fibra como frutas, verduras, legumbres y granos enteros para promover la salud digestiva y la saciedad.
5. **Limitar el consumo de azúcares añadidos:** Reducir la ingesta de bebidas azucaradas, dulces y alimentos con alto contenido de azúcares añadidos. Leer las etiquetas para identificar fuentes ocultas de azúcar.
6. **Moderar la Ingesta de Sal:** Reducir el consumo de alimentos procesados y condimentos salados para mantener la presión arterial en niveles saludables.
7. **Hidratación Adecuada:** Beber suficiente agua a lo largo del día para mantener una hidratación óptima. Limitar las bebidas azucaradas y refrescos.
8. **Comer Conscientemente:** Comer despacio, prestando atención a las señales de saciedad. Disfrutar de las comidas y masticar bien los alimentos.
9. **Planificar las comidas y refrigerios con antelación** para evitar decisiones impulsivas y poco saludables.
10. **Preparar las comidas en casa tanto como sea posible.** Esto permite controlar los ingredientes y los métodos de cocción.
11. **Familiarizarse con las etiquetas nutricionales** para tomar decisiones informadas sobre el contenido de nutrientes y los ingredientes de los alimentos.
12. **Minimizar el consumo de alimentos ultra procesados,** que a menudo contienen ingredientes poco saludables y aditivos.
13. **Disfrutar de los alimentos indulgentes ocasionalmente,** pero en porciones controladas.
14. **Llevar un registro de las comidas** puede ayudar a ser consciente de lo que se está comiendo y a identificar patrones.
15. **Buscar Asesoramiento Profesional:** en caso de tener objetivos específicos de salud o necesidades dietéticas consultar a un dietista o nutricionista registrado

para recibir orientación personalizada.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, llevar una alimentación saludable es una inversión valiosa en tu bienestar y calidad de vida. Adoptar hábitos alimentarios conscientes y equilibrados no solo te proporciona los nutrientes necesarios para el funcionamiento óptimo de tu cuerpo, sino que también tiene un impacto positivo en tu salud física, mental y emocional. A través de la elección de alimentos nutritivos, el control de las porciones y la incorporación de una variedad de opciones frescas y naturales, puedes lograr una serie de beneficios significativos.

En última instancia, una alimentación saludable no se trata de restricciones extremas ni de negar placeres culinarios. Se trata de encontrar un equilibrio que permita disfrutar de los alimentos mientras cuidas de la salud. Cada elección que se haga en términos de alimentación es una oportunidad para nutrir el cuerpo y cultivar una relación positiva con la comida. Con determinación, conocimiento y compromiso, se puede crear un camino hacia una vida más saludable y satisfactoria.

6 Bibliografía

1. <https://francescosgelato.com/estilo-de-vida/la-clave-para-una-alimentacion-equilibrada/>.
2. <https://www.lafallera.es/blog/comida-sana-claves-de-una-alimentacion-equilibrada/>.
3. <https://arediana.com/necesidades-nutritivas-durante-el-verano/>.
4. <https://revistamedica.com/consejos-dieta-equilibrada-nutrientes-esenciales/>.

Capítulo 129

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL

AZUCENA GOMEZ MIGUEL

1 Introducción

El servicio de laboratorio hospitalario es una parte integral del sistema de atención médica que se encarga de analizar muestras biológicas para la obtención de información diagnóstica y seguimiento acerca de la salud del paciente. El objetivo principal del laboratorio hospitalario es dar resultados precisos y oportunos que ayuden a la hora de tomar decisiones clínicas.

El laboratorio hospitalario está compuesto por tecnología avanzada y cuenta con personal altamente cualificado tales como, técnicos de laboratorio y científicos clínicos. Estos profesionales hacen una variedad de pruebas en muestras de sangre, orina, tejidos, líquidos corporales y otros materiales biológicos para identificar enfermedades, evaluar la función de órganos y detectar marcadores específicos.

Las pruebas comunes realizadas en el laboratorio hospitalario incluyen análisis de hematología, química clínica, microbiología, serología, inmunología, genética y patología. Estas pruebas son fundamentales para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, trastornos metabólicos, enfermedades genéticas, cáncer y otras condiciones médicas.

El laboratorio hospitalario realiza un papel fundamental en la atención al paciente dado que da información crítica que guía el tratamiento y seguimiento de enfermedades. Los resultados de laboratorio facilitan a los facultativos a realizar

diagnósticos precisos, determinar la efectividad de un tratamiento y ajustar el tratamiento dependiendo de los resultados obtenidos.

Además, el laboratorio hospitalario también juega un papel fundamental en la prevención y control de infecciones. Realiza pruebas para detectar enfermedades infecciosas tales como el VIH o la hepatitis, y monitorea la resistencia antimicrobiana para ayudar a controlar la propagación de enfermedades y garantizar un uso correcto de los antibióticos.

Es fundamental destacar que el laboratorio hospitalario está regulado por estrictas normas de calidad y seguridad. Se asegura de cumplir con estándares de control de calidad, calibración de equipos, mantenimiento de registros precisos y cumplimiento de regulaciones y directrices específicas.

El servicio de laboratorio hospitalario realiza un papel importante en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades. Los resultados precisos, oportunos acompañan la toma de decisiones clínicas, mejora la calidad de atención al paciente y contribuye al manejo eficiente de las enfermedades. El laboratorio hospitalario es un componente integral de la atención médica que trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer las distintas funciones y tareas que debe hacer el TCAE en relación al servicio de un laboratorio 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 tales como PubMed, Medline, Cielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realizan una labor importante en el laboratorio clínico, colaborando estrechamente con los profesionales

del laboratorio y el personal de enfermería. Aunque el TCAE no realiza pruebas de laboratorio de alta complejidad, su participación es esencial en distintos ámbitos. A continuación, se describen algunas de las funciones del TCAE en el laboratorio clínico:

- Recolección de muestras: el TCAE es responsable de recolectar muestras biológicas tales como la sangre, la orina o hisopos, siguiendo los procedimientos y protocolos establecidos. Se asegura de usar las técnicas correctas para minimizar el riesgo de contaminación y garantizar la integridad de la muestra.
- Preparación y etiquetado de muestras: el TCAE prepara y etiqueta las muestras correctamente, asegurándose de que estén debidamente identificadas con el nombre del paciente, la fecha y hora de recolección. Esto es imprescindible para evitar errores y asegurar la trazabilidad de las muestras.
- Transporte de muestras: el TCAE es responsable de transportar las muestras recolectadas desde el área de recolección hasta el laboratorio, siguiendo las normas de seguridad y garantizando la integridad de las muestras durante el proceso de transporte.
- Mantenimiento y limpieza de equipos: el TCAE colabora en el mantenimiento y limpieza de los equipos y materiales utilizados en el laboratorio clínico. Esto implica seguir los procedimientos de limpieza adecuados, asegurarse de que los equipos estén en buen estado de funcionamiento y reportar cualquier incidencia al personal responsable.
- Apoyo administrativo: el TCAE puede ayudar en tareas administrativas del laboratorio, tales como el registro de muestras, la gestión de la documentación relacionada con el análisis de muestras y la preparación de informes o etiquetas de resultados.
- Atención al paciente: el TCAE interactúa directamente con los pacientes que acuden al laboratorio clínico, dando apoyo y orientación durante la recolección de muestras. También puede responder a preguntas básicas sobre los procedimientos de laboratorio y proporcionar instrucciones para la recolección adecuada de muestras en el hogar.

Es imprescindible destacar que el TCAE trabaja bajo la supervisión del personal de laboratorio y sigue las pautas y protocolos establecidos. Su colaboración en estas funciones contribuye al funcionamiento eficiente del laboratorio clínico, garantizando la correcta recolección, preparación y transporte de muestras, así como el mantenimiento de equipos y materiales. Su participación activa y precisa es imprescindible para apoyar la obtención de resultados de laboratorio precisos y oportunos, para contribuir una buena atención de calidad al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el servicio de laboratorio clínico es imprescindible implementar un enfoque centrado en el paciente. Esto implica priorizar la comunicación clara y efectiva con los pacientes, dar un trato respetuoso y empático, y garantizar una experiencia positiva durante la toma de muestras. Se deben reducir los tiempos de espera, así reduciendo la demora en la entrega de resultados. Se puede conseguir con una planificación eficiente de los recursos y una gestión adecuada de la carga de trabajo. Además es importante mantener altos estándares de calidad y precisión en los análisis, asegurando la calibración y el mantenimiento regular de los equipos. La capacitación continua del personal de laboratorio y la implementación de sistemas de control de calidad rigurosos son también recomendaciones clave para garantizar la excelencia en el servicio de laboratorio clínico.

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2020, December 27). Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras biológicas. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-toma-muestras-biologicas/>

Ocronos, R. (2022, November 26). El TCAE en el manejo de muestras biológicas. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae-manejo-muestras-biologicas/>

¿Qué funciones realiza un auxiliar de enfermería? (2021, February 18). Soy TCAE. <https://www.soytcae.com/que-funciones-realiza-un-auxiliar-de-enfermeria/>

Capítulo 130

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS COMO PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. TIPOS DE LAVADO DE MANOS

CARMEN RODRÍGUEZ ASLA

1 Introducción

Sin duda, cabe destacar, la importancia de una buena higiene de manos para la prevención de enfermedades, tanto dentro como fuera del ámbito sanitario.

Fue durante la pandemia del año 2020 donde la mayoría de la población mundial se hizo eco del valor que tiene este “simple”, y a la vez “complejo” gesto del lavado de manos. Aunque sí cabe destacar que, en el ámbito sanitario, ya desde hace muchos años, es el primer método preventivo para evitar la transmisión de enfermedades.

Destacamos los estudios que el médico Ignaz Semmelweis realizó en un hospital de Viena donde trabajaba, y tras observar datos de mortalidad de madres atendidas en diferente ala del hospital y por diferente personal, llega a la conclusión, de que morían menos en las que eran atendidas por comadronas y sus aprendices, y no por médicos que realizaban autopsias.

Con ello determinó, que, a través de las manos, los propios médicos transmitían infecciones de los cadáveres a las madres recién paridas, debido a la falta de higiene de las manos antes de atender el parto.

Teniendo en cuenta que, en las manos pueden habitar un gran número de bacterias, que con las manos es la parte del cuerpo que más contacto se tiene con

todo lo que nos rodea, se debe de tener pleno conocimiento de la importancia de realizar adecuadamente el lavado de manos tanto dentro como fuera del ámbito sanitario.

Se tiene que considerar este acto como la primera y una de las principales medidas para evitar la transmisión de enfermedades. Es tal su importancia, que ya hace años que se estudia sus beneficios, e incluso se distinguen varios tipos de lavado de manos dependiendo de la tarea que se vaya a llevar a cabo y de tal importancia es también realizar el lavado en el momento adecuado.

2 Objetivos

Reconocer los momentos y la manera en los que hay que realizar el lavado de manos, así como el tipo de lavado más adecuado, dependiendo de la tarea que se vaya a llevar a cabo.

3 Metodología

Este capítulo se desarrolla en base a todo el conocimiento adquirido a nivel profesional, además de llevar a cabo la búsqueda de información en diferentes páginas web, de realizar la lectura de diversos artículos con base científica y en la que se trataba el tema a elaborar y que en el apartado de bibliografía y webgrafía se encuentran citados.

En lo que se refiere a la búsqueda por internet, los descriptores que se han utilizado para el desarrollo del mismo han sido; desinfección de manos, tipos de lavado de manos, la importancia del lavado de manos, primeras investigaciones sobre el lavado de manos.

4 Resultados

Las manos, parte del cuerpo que más contacto tiene con todo nuestro alrededor, de ahí que sea una de las partes del cuerpo que más bacterias contiene y, por lo tanto, más enfermedades puede transmitir por contacto. La suma de todo ello, da como resultado la importancia que tiene la higiene de manos tanto en el día a día del ser humano y más aún en el ámbito sanitario. A continuación, se detalla tanto los momentos más importantes en los que hay que realizar un lavado de manos como los tipos de lavado de manos.

Las manos deben de ser lavadas antes y después de la jornada laboral, de las comidas, de ir al baño, tras estornudar, tocarse la nariz, toser, entre un paciente y otro, antes de manipular alimentos y por supuesto siempre que se note que están sucias. Con ello se pretende eliminar la suciedad y evitar la transmisión de microorganismos.

Tipos de lavado de manos

Distinguimos los siguientes tipos de lavado de manos.

LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO

Este tipo de lavado nos permite eliminar la suciedad y en consecuencia reducir la contaminación que nuestras propias manos pueden transmitir a otro cuerpo u objeto. Para este tipo de lavado necesitamos jabón neutro en recipiente cerrado, agua, y toallas desechables de papel.

La manera más correcta de llevarla a cabo es la siguiente, tras retirar joyas y la ropa del antebrazo, humedecemos las manos y dosificamos la cantidad de jabón neutro necesario para realizar el lavado. Frotaremos las manos durante un minuto aproximadamente frotando manos hasta muñeca, tanto por la parte superior como inferior e incluyendo la zona entre los metatarsos. Es opcional en este tipo de lavado, utilizar un cepillo para las uñas, ya que es una zona donde se acumula mucha suciedad y bacterias de ahí la importancia de mantenerlas siempre cortas. Una vez finalizado el enjabonado, se aclara con abundante agua manteniendo los codos más altos que las manos para asegurar que la suciedad y restos de jabón se retiren adecuadamente. Se cierra el grifo con el pedal o codo y se seca con toalla desechable.

LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO

Además de eliminar la suciedad se pretende con este tipo de lavado eliminar toda materia orgánica que reside en las manos. Se utiliza este lavado para técnicas más específicas que exigen una mayor asepsia (sondajes urinarios, contacto con pacientes infectados, aislados etc.)

Para llevar a cabo este tipo de lavado se necesita además de agua, toallas desechables y cepillo de uñas, un jabón antiséptico de povidona yodada o clorhexidina. El proceso consiste en humedecer manos hasta antebrazo y cepillar uñas con cepillo, asegurarnos de frotar bien las manos y antebrazo por la parte superior e inferior y entre los espacios interdigitales frotar durante 15-30 segundos y aclarar con abundante agua.

El secado se realizará con toallas desechables y después de realizar este lavado debemos de asegurarnos de no tocar nada.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO: Con este tipo de lavado se impide la propagación de microbios y bacterias resistentes. Se utiliza en casos especiales, cuando

el nivel de asepsia debe de ser pleno.

Debe de realizarlo aquellas personas que van a mantener contacto con pacientes enfermos con cuidados o situaciones especiales, además siempre se realizará previo a cualquier intervención quirúrgica.

Tal es su importancia que su duración ronda los cinco minutos aproximadamente. Para ello utilizaremos los siguientes materiales, jabón antiséptico que debe de estar en envase cerrado y con sistema dosificador, paños estériles desechables, cepillo de uñas estéril, lavabos dotados de un sistema para accionar el grifo sin tocarlo con las manos (palanca de codo, pedal...), secador de aire caliente, paño o toallas estériles.

El protocolo que seguiremos es el siguiente: Las uñas cortas y sin pintar, quitar joyas antes de iniciar el lavado, abrir el grifo accionando el dispositivo de apertura, mojarse las manos y antebrazos, lavarse desde las manos hasta los codos con jabón antiséptico (povidona yodada al 7,5 % o clorhexidina al 4 %) durante 2 minutos, aclarar bien y dejando caer el agua de manos a codos.

Aplicar de nuevo el jabón antiséptico y cepillar las uñas, los dedos, espacios interdigitales, dorso y la palma de la mano y los antebrazos; lavar cada mano durante unos 30 segundos y aclarar bien, posteriormente enjabonarse de nuevo durante 2 minutos, y aclarar manteniendo las manos hacia arriba (más altas que los codos). Mantener las manos y los brazos separados del cuerpo, evitando que toquen el uniforme. Cerrar el grifo utilizando la palanca disponible (no tocar nunca con las manos). Secarse por presión, sin frotar, con un paño o toalla estéril, utilizando uno para cada mano, comenzando por las manos para terminar en el codo (durante unos 40 segundos).

LAVADO DE MANOS POR FRICCIÓN: Es un lavado utilizando una solución alcohólica (mediante fricción), para sustituir el lavado convencional, por ser más sencillo, rápido y efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda el lavado de manos es un gesto clave para la prevención de enfermedades y la transmisión de infecciones entre humanos. Este gesto, que además de evitar contagios de infecciones más comunes y no tan graves, ayuda también a evitar aquellas graves que llevan incluso en muchos casos a la muerte.

Es de suma importancia, el educar a la población, ya desde edades tempranas, en la importancia que tiene la higiene en general y de las manos en particular, y hacerles llegar el valor que tiene dicho gesto para protegernos todos y evitar males mayores en cuanto a la salud se refiere.

Dentro de las instituciones sanitarias, es considerado el primer gesto de prevención utilizando este como medida protectora hacia las personas enfermas usuarias de dichos centros.

6 Bibliografía

1. AUXILIAR DE ENFERMERÍA, Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario 6ª edición Pérez de la Plaza, Evangelina y Fernández Espinosa, Ana María. McGrawHill
2. TEMA 4. LAVADO DE MANOS. (s. f.). <https://salusplay.com/apuntes/quiropfano-y-anestesia/tema-4-lavado-de-manos>
3. Miranda C, Marcelo & Navarrete T, Luz. (2008). Semmelweis y su contribución científica a la medicina: Lavarse las manos salva vidas. Revista Chilena de Infectología , 25 (1), 54-57. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100011>

Capítulo 131

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON EPOC

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

1 Introducción

El término EPOC se refiere a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y hace referencia a un grupo de enfermedades tales como Bronquitis crónica (tos crónica productiva) o el enfisema pulmonar (inflamación de los alveolos) . La causa más frecuente de desarrollo es el tabaquismo.

Estas enfermedades respiratorias tienen en común algunos síntomas, como la fátiga, la tos productiva y la dificultad respiratoria...

La EPOC no tiene cura, pero puede mejorar con un tratamiento medicinal, rehabilitación pulmonar y oxigenoterapia. El aporte de oxígeno a los pacientes con insuficiencia respiratoria es básico para su bienestar.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan en administrar la oxigenoterapia a los pacientes EPOC que se encuentran en ingreso hospitalario, cuando el médico la prescribe y bajo las intrusiones de la enfermera.

La oxigenoterapia consiste en aportar al paciente oxígeno puro o mezclado por encima del flujo pico inspiratorio del paciente, a través de una cánula nasal. El gas se humidifica y se calienta.

La mayoría de dispositivos disponibles en los hospitales, actualmente, alcanzan los 15l por minuto, aunque ya existen algunos nuevos que ofrecen hasta los 60l por minuto. El oxígeno se aplica al paciente a través de una mascarilla (con o sin reservorio) o gafa nasal.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a explicar en que consiste el tratamiento de oxigenoterapia y las competencias de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de aplicarla.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos estado leyendo artículos publicados en internet, que hemos buscado en Google Académico, a través de artículos de carácter científico sanitario, en bases de datos como PubMed, Medicina.com, etcétera. Además, contamos con nuestra experiencia laboral en el sistema sanitario del SESCAM.

4 Resultados

A la hora de aplicar el tratamiento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir el protocolo establecido.

Primero nos lavaremos las manos con agua y jabón o nos aplicaremos una solución de gel hidroalcohólica. Además, usaremos guantes.

Seguiremos los siguientes pasos:

Prepararemos el material que vamos a necesitar: tubo de oxígeno, manómetro, humidificador, agua destilada, gasas, dispositivos para la administración de oxígeno, cánula nasal, medidor de saturación, estetoscopio, guantes...

Una vez que ya esté todo listo, le explicaremos al paciente los pasos que vamos a seguir, para que se mantenga relajado y no se asuste.

La posición en la que debe estar colocado el paciente es Fowler o semi sentado, esta posición favorece la respiración, debido a que el diafragma baja, dejando mayor espacio para la expansión pulmonar.

Nos colocaremos guantes limpios, e iremos humedeciendo las gasas con suero fisiológico para limpiar las fosas nasales. Desecharemos las gasas en un recipiente adecuado para ello.

Adaptaremos el humidificador con agua destilada, al manómetro del tubo de oxígeno, abrimos la llave del manómetro y regulamos los litros indicados, debemos observar que el agua destilada esté burbujeando en el humidificador.

Colocaremos al paciente la cánula nasal o la máscara de Venturi, según corresponda.

Debemos observar el funcionamiento del tratamiento, valorando periódicamente la saturación de oxígeno en el paciente, iremos registrando los datos en el informe del paciente.

En pacientes con insuficiencia respiratoria grave debemos observar el tono de piel, ya que la falta de oxígeno se refleja con un tono azulado en la piel, el paciente puede entrar en estado cianótico. De la misma manera que si la medición de saturación de oxígeno en sangre fuera baja. En estos casos debemos avisar a la enfermera encargada para que tome las medidas correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

Cuando recibimos con un paciente en la planta hospitalaria con dificultades respiratorias es frecuente que haya estado previamente la su unidad de urgencias y ya esté estabilizado.

Aún así, los pacientes suelen tardar una media de una semana en recuperar una saturación normal.

Debemos tener en cuenta que tanto el paciente como los familiares vienen de vivir situaciones muy estresantes, por ello intentaremos empatizar con su situación, cuando vayamos a hacer algún procedimiento se lo anticiparemos siempre, de esta manera evitaremos que se pongan más nerviosos.

Es importante tener siempre el material disponible, puesto que les puede bajar la saturación de oxígeno de un momento a otro, en este caso habría que aplicar aerosoles con indicación médica. Cuanto menos tiempo tardemos en preparar el

material más rápido le podremos aplicar el tratamiento y recuperar la saturación del paciente.

6 Bibliografía

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-13018823>

<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-oxigenoterapia-alto-flujo-S1696281814701635>

<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-oxigenoterapia-alto-flujo-S1696281814701635>

Capítulo 132

EL IMPORTANTE PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

1 Introducción

La tarea de diagnóstico resulta complicada para el personal médico en la mayoría de las ocasiones. Por ese motivo, se hace necesario solicitar determinadas pruebas complementarias que permitan alcanzar un diagnóstico acertado, guiado por la sintomatología que presente el paciente.

Es un proceso delicado que involucra a numerosas personas y organizaciones cuando se mueven muestras biológicas, y tiene el potencial de poner en peligro tanto a las muestras de laboratorio como a las personas expuestas a ellas. Es esencial asegurarse de que las muestras se transporten de forma segura y legal para proteger su calidad.

El TCAE participa en la recogida de fluidos corporales que, una vez analizados, permiten acercarse a un diagnóstico certero. Para ello, colaborará con el resto del equipo de enfermería, si bien en determinadas ocasiones, por la dificultad o riesgo, la muestra será tomada por el médico.

Cualquier recogida de muestra sigue unas pautas, que son:

- Preanalítica. Supone preparar al paciente, así como el material preciso.
- Analítica. Consiste en el análisis propiamente dicho, en el laboratorio correspondiente y dando lugar a la generación de un informe.
- Postanalítica. Consiste en la valoración del informe por parte del facultativo, con la intención de alcanzar un diagnóstico acertado.

El TCAE suele participar en la recogida de un gran número de muestras: orina, heces, esputo, vómito, etc.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de las funciones que asume el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en la recogida de muestras.

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

Resulta evidente que el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) es el que asume un papel de suma relevancia en la recogida de muestras, de manera independiente (bajo supervisión de enfermería) o, en otras ocasiones en colaboración con los enfermeros o médicos de la unidad correspondiente.

Además de participar en la recogida el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) suele cumplir con la tarea de transportar las muestras al laboratorio de la mejor manera posible y en el menor tiempo.

Un cometido muy importante es el explicarle al paciente cómo se debe recoger una muestra, brindando las indicaciones precisas y, si procede llevar a cabo la

recogida, hacerlo con unas condiciones asépticas adecuadas.

Para la recogida y todo lo que ello conlleva, el TCAE debe cumplir con los protocolos pertinentes.

El TCAE debe procurar la correcta identificación del paciente y de la muestra recogida, acorde a la petición solicitada. Es necesario utilizar guantes para la recogida, manipulación y transporte de la muestra, pues de ese modo, se reduce o elimina el posible riesgo de contagio.

Resulta imprescindible conocer las recomendaciones relativas a la conservación y transporte de la muestra.

En ocasiones y ante determinadas muestras, el TCAE debe prestar atención a determinadas características (olor, color, volumen, densidad), informando a enfermería o al facultativo, de tales observaciones.

En las heces se puede hablar de la consistencia, cantidad, presencia de pus, moco, grasa o sangre.

En las muestras de vómitos se puede determinar si es alimenticio, acuoso, bilioso, purulento, hemático, fecaloide, etc.

En las muestras de esputo vigilarémos si se trata de una muestra purulenta, serosa, hemática, etc.

Siempre habrá de informar de las posibles anomalías u observaciones de interés clínico.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de la información seleccionada, procedente de distintas fuentes bibliográficas, se puede concluir que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un importante papel activo en lo que ha recogido, manipulación y transporte de muestras del paciente se refiere.

En ocasiones ayudará y colaborará con el resto de profesionales, en el marco de un equipo multidisciplinar y, en otras ocasiones, deberá proceder de manera autónoma, bajo la supervisión del enfermero correspondiente.

El TCAE debe garantizar, al igual que el resto de profesionales del equipo, que la muestra llegue de forma íntegra y en las mejores condiciones, al laboratorio de referencia para su análisis.

6 Bibliografía

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

- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 133

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA EPISTAXIS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

1 Introducción

La epistaxis se define como el sangrado a través de las fosas nasales, pudiendo clasificarse en anterior o posterior.

Resulta más frecuente el sangrado nasal anterior, con localización en la parte anterior del tabique nasal, debido a una mayor vascularización. Además, el sangrado nasal posterior resulta más infrecuente pues, la sangre desciende a través de la garganta, tragándose.

Dada la gravedad de la epistaxis y su prevalencia, se requiere tratamiento inmediato. Este tratamiento debe enfocarse solo en el lado afectado y estar destinado a

lograr rápidamente la hemostasia. Luego, se debe tratar la causa antes de pasar a una investigación más profunda.

En general, es posible establecer unos estándares asistenciales fundamentales y recopilar la información necesaria para realizar un diagnóstico y administrar un tratamiento.

Entre las causas frecuentes de un sangrado nasal podemos encontrar, entre otras: la sequedad de la mucosa, la congestión nasal, la introducción de cuerpos extraños en las fosas nasales, la toma de anticoagulante, los traumatismos faciales o nasales, la hipertensión arterial, etc.

Con frecuencia, la hipertensión arterial cursa desapercibida en la población. Cuando el sangrado nasal se relaciona con la hipertensión, es preciso intervenir de forma rápida y precisa, en pro de evitar posibles consecuencias de riesgo para el paciente.

2 Objetivos

Exponer la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante una epistaxis, tanto anterior como posterior, indicado las medidas a seguir tras una hemorragia por la nariz.

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

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben contribuir a la divulgación de una actuación frecuente ante el sangrado nasal y que resulta incorrecto.

Por lo general, las personas que sangran por la nariz acostumbran a echar la cabeza hacia atrás. Con dicha actuación, la sangre no fluye hacia el exterior, sino que pasa el aparato digestivo pero, aún así, no se logra controlar el sangrado.

Si la hemorragia nasal tiene relación con la hipertensión arterial en el individuo, resulta imprescindible reducir las cifras de la tensión mediante una correcta actuación sanitaria.

Simultáneamente se ha de cohibir la hemorragia mediante la presión directa de la nariz, haciendo pinza con los dedos. Puede recurrirse al uso de algodón empapado en agua oxigenada para tratar de taponar las fosas nasales sangrantes.

En el caso de precisar un mejor taponamiento puede recurrirse a la introducción de una gasa impregnada en vaselina o en pomada antibiótica, haciendo uso de una pinza, tratando de taponar el orificio nasal. Es necesario dejar un trozo de mecha de gasa visible para poder proceder a una posterior retirada de la gasa, al cesar el sangrado.

El empleo de frío local puede ayudar al control y detención de la hemorragia nasal.

En ocasiones, el taponamiento ha de mantenerse unos días, durante los que el paciente puede padecer cefalea, fatiga y debilidad, por lo que se recomienda evitar los movimientos bruscos, la carga de pesos, la actividad física intensa, el consumo de bebidas alcohólicas o calientes, sonarse, toser fuertemente, abrir la boca intensamente.

En el caso de que la sangre fluya por la garganta, el sangrado sea persistente y repetitivo, exista disnea o fiebre, sin control de la hemorragia y sin control de la hipertensión deberá ser valorado más a fondo por el personal médico, que adoptará otras medidas.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de la información consultada en distintas fuentes bibliográficas de interés científico sanitario es posible concluir que la medida habitual de inclinar hacia atrás la cabeza es completamente errónea.

Es preciso divulgar entre la población, además, la posible relación entre la hemorragia nasal y el hecho de padecer hipertensión arterial, pudiendo pasar esta desapercibida y asintomática.

Se hace necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, enmarcado en el equipo de enfermería, conozca perfectamente los protocolos de actuación ante una hemorragia nasal, debiendo actuar con rapidez y de forma óptima.

Ha quedado constancia de que, si la hemorragia nasal se debe a la hipertensión arterial, el correcto taponamiento y la administración de fármacos para bajar los niveles de tensión arterial, son fundamentales.

6 Bibliografía

1. Busto del Prado, F., Arcos Gonzalez, P., Garcia Peliz, M. Nursing and Emergency. Edición Alain; 2001
2. Herkner H, Laggner AN, Müllner M, Formanek M, Bur A, Gamper G, et al. Hipertensión en pacientes con epistaxis. Ann Emerg con Viena Austria. 2000;35(2):126-30.
3. Moreno Rajadle RE, Figueroa Hernández AJ, Díaz González A. Epistaxis. Consideraciones sobre aspectos clínicos y terapéuticos en la atención primaria de salud.

Capítulo 134

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL LABORATORIO CLÍNICO

NOELIA VILLACRECES MUÑOZ

LOURDES MARÍA GARCÍA CECA

VANESSA LÓPEZ AGUILAR

ANA MARIA RUIZ BALLESTEROS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA CONSUEGRA FERNÁNDEZ
DE MARCOS

1 Introducción

El área de laboratorio clínico es un lugar en un hospital o centro de salud donde se realizan exámenes y análisis de muestras biológicas para diagnosticar y tratar enfermedades. Para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, entre otras, el laboratorio clínico es fundamental.

Los técnicos de laboratorio y otros profesionales de la salud trabajan en el área de laboratorio clínico para recolectar, procesar, analizar e interpretar muestras biológicas como sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, entre otros. Los

médicos se benefician enormemente de los resultados de estas pruebas. determinar el mejor curso de tratamiento del paciente y hacer un diagnóstico preciso. Además, el área de laboratorio clínico también juega un papel importante en la prevención de enfermedades, ya que realiza pruebas de detección temprana para identificar enfermedades antes de que se presenten síntomas.

El personal en el área de laboratorio clínico debe seguir estrictos protocolos y medidas de seguridad para evitar la contaminación de las muestras y garantizar la precisión de los resultados. También deben estar capacitados para utilizar y mantener equipos de alta tecnología y tener conocimientos sólidos en técnicas de análisis y manejo de información.

En resumen, el área de laboratorio clínico es esencial en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y el personal que trabaja en ella debe estar altamente capacitado y seguir medidas rigurosas de seguridad para garantizar resultados precisos y confiables.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es de describir información sobre revisiones sistemáticas de las distintas especialidades reunidas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sobre laboratorio clínico.

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

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en un laboratorio clínico tienen un papel crucial en el proceso de análisis y diagnóstico de los pacientes. Entre sus funciones se encuentran:

Preparar las muestras para su análisis: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son responsables de preparar las muestras de los pacientes para su análisis.

Esto puede incluir la extracción de sangre, la recolección de orina o heces, y otros tipos de muestras biológicas.

Realizar pruebas y análisis: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también pueden realizar ciertas pruebas y análisis de laboratorio según el protocolo establecido por el médico o el especialista en laboratorio clínico. Estas pruebas pueden incluir la realización de pruebas de glucemia, pruebas de embarazo, cultivos bacterianos, entre otras.

Mantener la integridad de las muestras: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben asegurarse de que las muestras de los pacientes sean recolectadas y almacenadas adecuadamente para evitar su contaminación o degradación.

Mantener y actualizar registros: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben mantener y actualizar los registros de los pacientes en los que se incluyen los resultados de los análisis y pruebas realizados en el laboratorio.

Mantener la limpieza y el orden en el laboratorio: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son responsables de mantener la limpieza y el orden en el laboratorio clínico, asegurándose de que los equipos estén limpios y en buen estado de funcionamiento, y que los suministros estén adecuadamente almacenados.

Informar y comunicar los resultados: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden informar a los médicos o especialistas en laboratorio clínico los resultados de las pruebas y análisis realizados.

Asistir en procedimientos más complejos: los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también pueden asistir a los médicos o especialistas en laboratorio clínico en procedimientos más complejos, como biopsias o cirugías.

En general, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son un componente importante del equipo de laboratorio clínico, y su contribución es vital para la atención médica efectiva y la identificación oportuna de enfermedades en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El principal consejo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es mantener siempre ordenado el espacio de trabajo en el laboratorio clínico respetando las normas de bioseguridad establecidas para prevenir la transmisión de enfermedades y la contaminación cruzada.

Para asegurar la exactitud y precisión de los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio, también es crucial cooperar y seguir las instrucciones del personal especializado. Para evitar errores en los resultados y manejar adecuadamente los

residuos producidos durante el proceso, también es crucial que las muestras estén correctamente identificadas y etiquetadas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está obligado a actuar con integridad y profesionalismo en todo momento, protegiendo la privacidad de los datos recogidos durante el análisis, y absteniéndose de cualquier conducta indebida.

Además, debe ser capaz de brindar al paciente apoyo emocional y comodidad durante la realización de las pruebas, así como información clara y precisa sobre el procedimiento para disipar los temores que pueda tener.

Con el fin de garantizar un servicio de alta calidad y contribuir al bienestar de los pacientes y de la sociedad en general, generalmente se recomienda mantener siempre un alto nivel de compromiso y responsabilidad en el desempeño de las tareas que le han sido delegadas.

6 Bibliografía

Díaz Padilla, D., & Santoyo Pérez, M. (2019).

El Laboratorio Clínico en la mejoría continúa de la calidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(3), 357- 359.

Capítulo 135

ENFOQUES Y ESTRATEGIAS DE LA PROGRAMACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. EL OBJETIVO DE ALCANZAR UNA VIDA SALUDABLE

REGINA CONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

La Promoción de la salud se desenvuelve en los contextos en los que transcurre la vida de las personas, abarcando una variedad de lugares y momentos.

En nuestra Comunidad, los Consejos de Salud de área y zona desempeñan un papel crucial. Utilizan el Diagnóstico Participativo como método para determinar, desde el punto de vista de los miembros de la Comunidad, qué actividades son necesarias en lo que a salud se refiere y si los miembros de la Comunidad aceptan los planes, consejos y actividades desarrolladas por personal externo y en consecuencia, si tales actividades tienen utilidad y resultan prácticas para sus miembros.

Los Medios de Comunicación emergen como valiosos canales de difusión para campañas de concienciación en temas clave de Promoción de la Salud.

La Programación Educativa permanente encuentra un amplio alcance en el segmento adulto, especialmente en cuestiones de salud que afectan en gran medida a las mujeres. A través de la escuela, la denominada "Escuela Saludable" se guían

proyectos en el ámbito educativo, mientras que los lugares de trabajo priorizan la prevención de riesgos laborales (P.R.L.) y atienden a la población inmigrante. La Atención Médica, ya sea a través de Consultas, fomenta el autocuidado y la autoayuda, incluso con visitas domiciliarias. Los Hospitales también asumen un rol como promotores de la salud, con campañas enfocadas a pacientes crónicos (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Artritis, entre otros).

Existen planes específicos de Promoción de la Salud que se destinan a áreas como la prevención de Drogodependencias, aplicando gran énfasis en la detección temprana y la rehabilitación. Temas como embarazos no deseados, VIH/SIDA y nutrición también reciben atención especializada.

En el contexto de la Promoción de la Salud, se pueden distinguir dos componentes esenciales: los Métodos y los Medios.

1. Métodos: Representan las diversas vías que la Promoción de la Salud utiliza para transmitir mensajes educativos a la población.

2. Medios: Constituyen los recursos educativos a su disposición.

En términos de Métodos, encontramos los Enfoques Directos, donde el Educador (emisor) interactúa directamente con el Receptor del mensaje a través del diálogo, clases y debates.

En contraste, los Métodos Indirectos implican una relación no inmediata entre los participantes. Estos pueden tomar forma de medios Audiovisuales (cine, video, televisión) o Sonoros (radio).

2 Objetivos

Exponer la importancia de la programación en la Promoción de la Salud.

3 Metodología

La Programación Educativa representa un proceso reflexivo que busca explicar la intencionalidad pedagógica, las interacciones entre el individuo y la sociedad, la concepción educativa y el modelo comunicativo subyacente. Además, abarca un conjunto coherente de acciones y herramientas que persiguen siempre un mismo objetivo: Modificar la situación presente.

Los “ Estilos de Vida “, reconocibles patrones de comportamiento, surgen de

la interacción entre las características personales, sociales, condiciones socioeconómicas y ambientales de cada individuo.

En lo que respecta a la Programación Tecnológica (donde expertos o técnicos guían al público profano), se planifican actividades destinadas a futuro para lograr objetivos predefinidos, los cuales deben ser concretados con precisión, incluyendo términos de comportamiento.

Por otro lado, la Programación Participativa o Crítica en la Promoción de la Salud (donde la cooperación es esencial y se trabaja de igual a igual) implica presentar un problema a una Comunidad relativamente pequeña. Todos los interesados son convocados y, a través del diálogo y el debate colectivo, se llega a conclusiones tras una discusión.

A la hora de implementar la programación y educación en salud, se enfrentan dificultades derivadas de una cierta resistencia a aceptar que la salud es el resultado de acciones que trascienden el ámbito de la atención médica.

1. Enfoque del Sistema Sanitario en la Enfermedad
2. Deficiencias en la Formación Profesional
3. Participación Limitada de la Comunidad

El Modelo Lalonde y los Determinantes de la Salud: Un Enfoque Integral para el Bienestar

Este modelo, también conocido como el enfoque de los determinantes de la salud, es una perspectiva que ha revolucionado la comprensión de la salud y sus factores subyacentes. Propuesto por el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, en 1974, este enfoque representa un hito crucial en la evolución de la Promoción de la Salud y la Prevención de enfermedades, al cambiar la atención de la atención médica curativa a una visión más amplia y proactiva del bienestar.

El modelo se fundamenta en la idea de que la salud de una población no se limita únicamente a la presencia o ausencia de enfermedades, sino que es el resultado de una interacción compleja entre una serie de factores, que abarcan desde aspectos biológicos hasta condiciones socioeconómicas y medioambientales. Este cambio de paradigma impulsó a considerar los determinantes sociales, económicos y ambientales como elementos fundamentales en la salud de las personas.

En el corazón del Modelo Lalonde se encuentran cuatro categorías principales de determinantes de la salud:

1. Biología y Genética: Este componente reconoce la importancia de los factores genéticos y biológicos en la predisposición a ciertas enfermedades. Aunque no

se pueden modificar directamente, comprender estos factores permite la identificación temprana y la adopción de estrategias preventivas.

2. Estilo de Vida: Los hábitos personales, como la dieta, el ejercicio, el consumo de tabaco y alcohol, juegan un papel significativo en la salud. Estos comportamientos pueden ser influenciados y modificados a través de programas educativos y de promoción de la salud.

3. Entorno: Las condiciones sociales y económicas, así como el entorno físico y el acceso a atención médica, influyen en la salud de manera profunda. La falta de acceso a servicios de atención médica adecuados, la pobreza y la falta de educación pueden aumentar los riesgos para la salud.

4. Sistema de Atención de Salud: La calidad y accesibilidad de los servicios médicos también son determinantes clave. Un sistema de atención médica sólido y equitativo puede prevenir enfermedades, ofrecer tratamientos efectivos y promover el bienestar general.

El Modelo Lalonde no sólo identifica estos determinantes, sino que también subraya la necesidad de abordarlos de manera integral y colaborativa. Este enfoque holístico reconoce que los factores de salud están interconectados y que una mejora en un área puede influir positivamente en otras. Por ejemplo, mejorar las condiciones socioeconómicas de una comunidad no sólo beneficia directamente a la población en términos de ingresos, sino que también puede llevar a una mayor conciencia sobre la importancia de los hábitos saludables.

Este enfoque ha influido en la formulación de políticas de salud a nivel mundial, al destacar la importancia de intervenir en varios niveles para mejorar la salud pública. Ha impulsado la creación de estrategias que van más allá de la atención médica y se centran en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Además, ha fomentado la colaboración entre diferentes sectores, como la salud, la educación, la vivienda y la economía, para abordar de manera efectiva los determinantes subyacentes de la salud.

En conclusión, el Modelo Lalonde y su enfoque en los determinantes de la salud representan un cambio paradigmático en la forma en que comprendemos y abordamos el bienestar. Este enfoque integral reconoce la influencia interconectada de múltiples factores en la salud de las personas y resalta la necesidad de políticas y programas que aborden estos factores de manera conjunta. El legado del Modelo Lalonde perdura en la actualidad, impulsando esfuerzos continuos para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades en todo el mundo.

4 Resultados

Al diseñar un proyecto de Promoción de la Salud, resulta esencial compilar un Informe Final que encapsule todos los aspectos abordados durante el proceso. Dicho informe, también conocido como Memoria Final, se estructurará de la siguiente manera:

1. **Introducción:** En esta sección inicial, se abordan tres factores fundamentales: la presentación del tema o problema, los objetivos del proyecto y las hipótesis iniciales que guían la investigación.
 2. **Materiales y Métodos:** Esta sección detalla la ejecución del proyecto y las estrategias empleadas para alcanzar los objetivos propuestos. Aquí se brinda una descripción clara de cómo se implementó el proyecto y qué enfoques se utilizaron para lograr los resultados deseados.
 3. **Resultados:** En esta parte crucial, se presentan los datos y hallazgos obtenidos a lo largo del proyecto. Se exponen de manera ordenada y analítica los resultados con el objetivo de proporcionar una visión clara y completa de los logros alcanzados.
 4. **Comentarios o Discusión:** Esta sección es un espacio para la interpretación y el análisis. Se comparan los datos obtenidos en el proyecto con los resultados de otros autores o estudios relacionados. Se enriquece con notas, citas bibliográficas y referencias pertinentes para respaldar las conclusiones.
 5. **Conclusiones:** Esta parte resulta de vital importancia, ya que sintetiza el desarrollo completo del proyecto. Las conclusiones suelen alinearse con los objetivos iniciales y las hipótesis planteadas. Representan la culminación de los esfuerzos realizados y ofrecen una perspectiva cohesiva de los resultados obtenidos.
- Además de estas secciones principales, otros elementos enriquecen la integridad del informe:

- **Citas y Notas:** El uso de citas y notas respalda los argumentos presentados en el informe, proporcionando credibilidad y fundamentación a los hallazgos.
- **Referencias Bibliográficas:** Proporcionar una lista de las fuentes bibliográficas consultadas y citadas asegura la trazabilidad y la integridad académica del informe.
- **Tablas y Anexos:** La inclusión de tablas, gráficos y otros datos visuales ofrece una representación clara y concisa de los resultados. Los anexos brindan información adicional que puede ser relevante para la comprensión completa del proyecto.

En resumen, la elaboración de un Informe Final en proyectos de Promoción de la

Salud sigue una estructura clara y lógica que permite una presentación efectiva de los datos y logros obtenidos. Cada sección desempeña un papel fundamental en la comprensión global del proyecto, desde la introducción hasta las conclusiones, respaldadas por citas, notas, referencias y datos visuales adicionales. Esta metodología asegura que los resultados sean comunicados de manera precisa y rigurosa, respaldando así la importancia de la Promoción de la Salud en la mejora continua del bienestar.

5 Discusión-Conclusión

La Promoción de la Salud se erige como un pilar fundamental para mejorar el bienestar de las comunidades y prevenir enfermedades. Dentro de este contexto, los enfoques y estrategias de programación desempeñan un papel crucial al trazar la hoja de ruta para lograr objetivos de salud pública. Esta evaluación profunda de los enfoques y estrategias en la Promoción de la Salud nos invita a explorar sus fundamentos, desafíos y potencialidades en la mejora de la calidad de vida y la prevención de enfermedades.

Los enfoques y estrategias de programación en la Promoción de la Salud abarcan una gama diversa de métodos que buscan generar cambios positivos en los comportamientos, estilos de vida y condiciones sociales que impactan en la salud de las poblaciones. Desde programas educativos hasta campañas de concienciación, estos enfoques se diseñan para empoderar a las personas, proporcionar información y crear entornos que fomenten elecciones saludables. Dentro de este espectro, varios temas cruciales emergen en la discusión.

Diversidad de Enfoques: La Promoción de la Salud se nutre de múltiples enfoques, como el educativo, el participativo y el comunitario. Los enfoques educativos se centran en informar a las personas sobre hábitos saludables y riesgos potenciales. Los enfoques participativos involucran a la comunidad en la toma de decisiones y la identificación de necesidades de salud, lo que fomenta la responsabilidad colectiva. Los enfoques comunitarios se basan en fortalecer la cohesión y el apoyo dentro de grupos sociales. Estos enfoques se entrelazan para abordar distintos aspectos de la promoción de la salud y se adaptan a las necesidades específicas de las poblaciones.

Estrategias Multidimensionales: La efectividad de la programación de la salud radica en la implementación de estrategias multidimensionales. Las estrategias pueden abarcar desde intervenciones en el entorno físico, como la promoción de espacios para la actividad física, hasta campañas mediáticas para aumentar la conciencia sobre temas de salud. La combinación de enfoques y estrategias max-

imiza el impacto y ofrece soluciones integrales que abordan diversos aspectos de la vida de las personas.

Desafíos Persistentes: No obstante, la implementación exitosa de enfoques y estrategias de promoción de la salud no está exenta de desafíos. La falta de recursos financieros, la resistencia al cambio y la desigualdad en el acceso a la atención médica y la información son obstáculos comunes. Además, la sostenibilidad a largo plazo de los programas puede ser un desafío, ya que mantener la participación y el compromiso de la comunidad requiere esfuerzos continuos.

La evaluación profunda de los enfoques y estrategias de programación para la Promoción de la Salud nos brinda una visión panorámica de su impacto potencial en la mejora de la calidad de vida y la prevención de enfermedades. La diversidad de enfoques, la implementación de estrategias multidimensionales y la atención a desafíos persistentes son aspectos cruciales que deben considerarse al diseñar y ejecutar programas efectivos.

En última instancia, se concluye que los enfoques y estrategias de programación en la promoción de la salud son herramientas esenciales para crear un cambio positivo en las poblaciones. Estas iniciativas no solo informan y educan, sino que también empoderan a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar comportamientos saludables. Al centrarse en enfoques educativos, participativos y comunitarios, se fomenta una cultura de responsabilidad y colaboración que va más allá de la atención médica tradicional.

Aunque enfrentan desafíos como la falta de recursos y la resistencia al cambio, los programas de promoción de la salud tienen el potencial de marcar una diferencia duradera en la salud y el bienestar de las poblaciones. El compromiso continuo, la adaptabilidad y la creatividad en la implementación son esenciales para superar estos obstáculos y garantizar que los enfoques y estrategias de programación sean eficaces y sostenibles.

Debemos seguir trabajando en la mejora y la innovación de enfoques y estrategias de programación en la Promoción de la Salud. Al colaborar con comunidades, profesionales de la salud, expertos en educación y otros actores clave, podemos abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades para crear un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. De La Guardia Gutiérrez Mario Alberto, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR

- [Internet]. 2020 Ene [citado 2023 Ago 11] ; 5(1): 81-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es. Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
2. Ávila-Agüero María Luisa. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta méd. costarric [Internet]. 2009 Apr [cited 2023 Aug 10] ; 51(2): 71-73. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en.
3. Hernán García Mariano, Ramos Monserrat María, Fernandez Ajuria Alberto. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2001 Nov [citado 2023 Ago 11] ; 75(6): 491-504. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600002&lng=es.
4. Rodríguez Torres Ángel Freddy, Páez Granja Ruth Enriqueta, Altamirano Vaca Eloísa Jacqueline, Paguay Chávez Félix Wilmer, Rodríguez Alvear Joselyn Carolina, Calero Morales Santiago. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Educ Med Super [Internet]. 2017 Dic [citado 2023 Ago 10] ; 31(4): 1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400025&lng=es.
5. Gofin, Jaime, Gofin, Rosa (2007) Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica;21(2/3) 177-185, feb.-mar. 2007. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012

Capítulo 136

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

ASUNCION GONZALEZ TORRES

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

CATALINA MORENO BRAVO

1 Introducción

El quirófano forma parte de uno de los servicios especiales que nos podemos encontrar en el hospital y también es un servicio que causa mayor estrés y ansiedad entre profesionales y pacientes. La unidad quirúrgica debe estar ubicada en una zona de fácil acceso para distintas unidades como UCI, urgencias, banco de sangre, etc. Se diferencia en diferentes zonas: zona limpia, sucia y estéril. En los quirófanos es muy importante evitar la transmisión de las infecciones, ya que puede causar diversos problemas de salud en los pacientes. El personal sanitario debemos evitar factores extrínsecos como la contaminación ambiental mediante el control del tránsito, la ventilación que debe ser de presión positiva, medidas de asepsias quirúrgicas.

Podemos diferenciar el proceso quirúrgico en tres etapas:

La etapa preoperatoria es aquella en la que el paciente se prepara física y mentalmente, es la etapa previa a la intervención en ella nos aseguramos de que el paciente realice una buena preparación, de resolver sus dudas.

La etapa intraoperatoria es aquella que engloba desde que el paciente entra en el quirófano hasta que es trasladado a la unidad postquirúrgica.

La etapa postoperatoria es aquella donde se produce la recuperación de la anestesia del paciente y donde se vigila y previene complicaciones.

Los auxiliares en cuidados de enfermería formamos parte de todas las etapas anteriores y junto con los demás profesionales del equipo que trabaja en quirófano. Es de suma importancia mantener un buen ambiente de trabajo y una buena comunicación con los compañeros para que el paciente sea cuidado de una manera adecuada, eficaz y eficiente.

2 Objetivos

Exponer la labor realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el bloque quirúrgico.

Conocer funciones realizadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el bloque quirúrgico.

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 artículos 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

En el equipo quirúrgico es fundamental el trabajo en equipo, ya que debe aportar unos cuidados al paciente que se caractericen por su eficacia, eficiencia y seguridad. En el quirófano el auxiliar de enfermería forma parte del personal no estéril manteniendo así la distancia del campo quirúrgico y del estéril para evitar su contaminación.

Podemos estructurar el proceso quirúrgico en tres etapas:

1. Preoperatoria: El enfermero/a y el auxiliar de enfermería prepara tanto física como psicológicamente al paciente para ayudarlo respecto al proceso que va a afrontar.
2. Intraoperatoria: el auxiliar en cuidados de enfermería supondrá un apoyo emocional durante la intervención.
3. Posoperatorio: Controlaremos posibles complicaciones y necesidades así como mantendremos vigiladas las funciones vitales de cada paciente.

El auxiliar en cuidados de enfermería debe preparar el material (cajas de instrumental), mobiliario necesario y aparatos comprobando su funcionamiento para el inicio de la intervención quirúrgica y colocarlo tras su finalización.

Recepcionaremos al paciente a su llegada a quirófano comprobando siempre con extremo cuidado su identidad. Realizaremos el aseo del paciente antes y después de la intervención. Debemos estar presentes durante el traslado del paciente a la mesa quirúrgica siempre en coordinación con los demás compañeros. Debemos suministrar todo el material que se nos solicite, ayudar a enfermería y los cirujanos con la colocación de la bata estéril. Tendremos en todo momento cuidado con los campos estériles. Mantendremos conciencia sobre las normas de asepsia quirúrgica. Una vez terminada la intervención procederemos a recogida, limpieza y desinfección del quirófano, aparatos y mobiliario. Se tirará todo el material desechable y el reutilizable se limpiará y desinfectará para su posterior envío a esterilización. Dejemos cambiados todos los sistemas de aspiración así como repondremos el material fungible utilizado en quirófano. Avisaremos a limpieza una vez realizado todo lo anterior procederemos a llamar a limpieza para dejar limpio el quirófano. También nos encargaremos del correcto transporte de muestras al servicio de anatomía patológica. De igual manera nos encargaremos de que el almacén este repuesto.

5 Discusión-Conclusión

Mediante el desarrollo de este capítulo hemos concluido la importancia del técnico/a de cuidados auxiliares de enfermería durante todo el proceso quirúrgico desde el preoperatorio hasta el posoperatorio. Junto con el equipo de enfermería estamos involucrados, presentes y acompañando al paciente en todo momento. También debemos de ser conscientes de que formamos una figura de apoyo y referencia para el paciente durante todo el proceso. El paciente cuando se va a someter a un proceso quirúrgico se ve envuelto en un ambiente desconocido que le puede causar temor y ansiedad, ya que se encuentra en estado de inde-

fensión por ello los profesionales sanitarios debemos ayudarlos a pasar por este proceso. Es indudable la importancia del auxiliar y las funciones que realiza en área quirúrgica haciéndola mas accesible.

6 Bibliografía

Guillamás, Concepción, et al.El TCAE en el quirófano y en el servicio de cirugía (Técnicas básicas de enfermería). Editex, 2017. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiroyfano/>

Capítulo 137

EL TÉCNICO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EL UROCULTIVO EN EL PACIENTE INGRESADO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CATALINA MORENO BRAVO

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

ASUNCION GONZALEZ TORRES

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

1 Introducción

El principal órgano del sistema urinario es el riñón, siendo la nefrona su unidad funcional. El primer paso en la formación de la orina se llama filtración glomerular donde la sangre pasa por un proceso de filtrado retirando las sustancias tóxicas de la circulación sanguínea. En la reabsorción tubular aquellas sustancias que han sido retiradas de la circulación sanguínea pero son necesarias vuelven a la sangre. El tercero sería la secreción que es contrario al proceso anterior los productos de desecho pasan de una zona con mucha concentración sangre a otra con poca que sería la orina. Una vez se ha formado la orina, una serie de conductos van reuniendo el líquido hasta llegar a la vejiga.

Una de las funciones del técnico en cuidados de auxiliares de enfermería es recoger las muestras de orina cuando un paciente se encuentra ingresado en el

hospital. Debemos observar las características de la orina, ya que nos pueden aportar información sobre el estado de salud del paciente. Podemos definir el urocultivo como un cultivo de orina que se realiza en el laboratorio donde nos van a transmitir si el paciente tiene infección de orina. En el siguiente capítulo abordaremos la recogida de muestra para un urocultivo.

2 Objetivos

Tener conocimientos para qué sirve el urocultivo y poder explicarle al paciente los procedimientos para obtener la prueba

Conocer la técnica para recoger un urocultivo en pacientes autónomos, con sondaje vesical y con pacientes encamados.

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 urocultivo es un procedimiento que permite el diagnóstico de las infecciones urinarias y permite determinar el microorganismo responsable de la infección. Es importante mantener ciertas condiciones de asepsia para evitar la contaminación de la muestra y evitar errores en el diagnóstico para impedir las contaminaciones, se ha de procurar no tocar la superficie interna del recipiente de recogida ni su borde, así como el interior del tapón. Evitaremos además que entre en contacto con el cuerpo o la ropa del paciente. Todas las muestras recogidas deben ir bien identificadas y acompañadas de un volante de petición. Esta muestra se puede obtener a través de la micción media, por sonda vesical, por punción suprapúbica, por orina de ureterostomía y nefrostomía.

- Obtención de una muestra de orina para urocultivo a partir de la micción media
Consiste en la recogida de orina de una sola micción en un recipiente estéril. Los materiales que vamos a necesitar son recipientes estériles identificados con los

datos del paciente, guantes.

El primer paso para realizar cualquier técnica es lavarse bien las manos y ponerse los guantes. En todo momento respetaremos la intimidad del paciente. Le explicaremos como debe realizar la técnica con palabras claras y concisas de manera que el paciente lo pueda entender fácilmente. Le explicaremos que para recoger la orina para un urocultivo se precisa que tengamos unas condiciones de asepsia para que no se produzcan errores en los resultados. Por ello debemos incidir en la importancia de lavarse las manos correctamente. A continuación le explicaremos que debe abrir el recipiente estéril y mantener la tapa del recipiente boca arriba para que no se contamine la muestra. Le incidimos en que debe de lavarse los genitales, en el caso de:

- Mujeres se deben separar los labios menores y mayores para poder recoger la muestra.

- Hombres deben retraer el prepucio para recoger la muestra.

Le contaremos al paciente que debe desechar la primera y última parte de la micción y recoger la parte media en el recipiente. El paciente deberá cerrar cuidadosamente el recipiente para evitar la contaminación.

El técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería identificará la muestra con los datos del paciente. Se quitará los guantes y se lavará las manos y anotará el procedimiento en la hoja de enfermería. También debemos de enviar la muestra al laboratorio lo antes posible.

- Obtención de una muestra de orina para urocultivo en pacientes encamados: Necesitaremos el material necesario para realizar la higiene genital al paciente también necesitaremos una cuña si el paciente es mujer o una botella si el paciente es hombre. Mantendremos todas las condiciones de asepsia necesarias para evitar la contaminación de la muestra. Lavaremos los genitales del paciente. Si es mujer separaremos los labios mayores y menores para poder recoger la muestra. Recogeremos la primera y la última parte de la micción en una cuña la cual desecharemos y recogeremos la parte media en el recipiente estéril. Si es hombre retiraremos el prepucio para poder recoger la muestra. Recogeremos la primera y la última parte de la micción en una botella la cual desecharemos y recogeremos la parte media en el recipiente estéril. Posteriormente la etiquetaremos y mandaremos al laboratorio.

- Obtención de una muestra de orina para urocultivo en pacientes con sonda vesical:

Los materiales que necesitaremos será una pinza de hemostasia y una jeringa. En primer lugar le explicaremos al paciente el procedimiento a realizar, siempre le daremos intimidad. Nos lavaremos las manos y nos podremos guantes. Pin-

zaremos la sonda con una pinza de hemostasia como por ejemplo las Kocher. Aplicaremos la solución desinfectante en el área de punción y con una jeringa montada pincharemos en este área y aspiraremos la orina para depositarla después en el recipiente.

5 Discusión-Conclusión

La infección del tracto urinario está entre las enfermedades infecciosas más frecuentes y los pacientes que se encuentran ingresados en el hospital no son la excepción. Muchas veces favorecemos las infecciones como por ejemplo con el sondaje.

El urocultivo es una muestra que con la cooperación del laboratorio podemos saber qué microorganismo, está causando la infección para que podamos tratarla. Un alto porcentaje de la población a lo largo de su vida se ha realizado un urocultivo pero muchos de ellos no lo saben realizar la técnica correctamente o la probabilidad de contaminación son altas. Cuando un paciente se encuentra en régimen de ingreso y es necesario la realización de un urocultivo los técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería debemos colaborar en la obtención de la muestra, explicarle al paciente como realizarlo, ayudarlo siempre que sea necesario y asegurarnos de que la obtención de la muestra ha sido correcta. También tenemos una labor muy importante en la identificación de la muestra para que no haya ningún error y se lleve al laboratorio.

6 Bibliografía

Guillamás, Concepción, et al.El TCAE en el quirófano y en el servicio de cirugía (Técnicas básicas de enfermería). Editex, 2017.

Capítulo 138

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE TERMINAL

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

1 Introducción

La función del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel muy importante en la actuación en un paciente terminal en situaciones como el bienestar del paciente, atención integrada e integral, atención para tratar el dolor y los diferentes síntomas de dolor del paciente.

Brindar apoyo emocional. Proporcionar medicamentos, artículos médicos y equipo necesarios. El TCAE debe de tener una formación especializada a la hora de poder orientar a los familiares del paciente terminal en como poder ayudar y atender a su familiar. Logia, higiene, alimentación, evacuación, descanso y manejo del dolor.

Los cuidados paliativos, no solo se centran en el dolor del paciente o su estado, sino que engloba todo lo relacionado con él. El objetivo principal es tratar de

aliviar o paliar los síntomas o efectos secundarios del tratamiento recibido. El objetivo principal es conseguir el bienestar del paciente en todo momento de todo el proceso asistencial. No se trata de alargar, sino de que tenga una mejora de la calidad de vida. Lo que se pretende es de que vaya a menos el sufrimiento del paciente y de sus familiares, conservar todo lo que se pueda la autonomía, la propia dignidad de las personas y su capacidad de decisión, que pueda participar activamente en la toma de poder decidir durante todo el proceso asistencial.

2 Objetivos

Dar a conocer todas las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el paciente terminal, todos sus cuidados y dedicación al paciente.

Vamos a ver de forma o manera global todos los cuidados que puede llevar a cabo el TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE acompañado con el equipo de Enfermería y el Facultativo realizarán un trabajo en equipo para que el paciente terminal esté en un entorno cómodo y agradable para conseguir su bienestar en sus últimos días de vida.

Teniendo en cuenta de que, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para poder afrontar esta situación, ya que son los que van a pasar la mayor parte del tiempo con la familia controlando sus emociones y estados de ánimo, empatizando con ellos.

El paciente junto con su familia son considerados como una unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles: físicos, emocionales y espirituales.

Detrás de los cuidados paliativos domiciliarios también hay un equipo interdisciplinario y colaborativo donde su objetivo es que le disminuya el dolor y sufrimiento de los síntomas de la enfermedad terminal, mejorar calidad de vida y prevenir ingresos hospitalarios a toda costa siempre y cuando se puedan evitar, ya que su casa es su zona de confort.

La TCAE participa en el trabajo de Equipo; mantiene medidas confort, bienestar y calidad, ayuda en su autonomía, les acompaña en todo momento en el proceso y respetando su estilo de vida evita e identifica los que le producen disconfort para su calidad de vida sea la mejor posible hasta su fallecimiento.

El fin no es de alargar el proceso de vida, sino mejorar dentro de nuestras posibilidades que el enfermo se encuentre en las mejores condiciones posibles. Se pretende disminuir el sufrimiento del paciente y de sus familiares, se intentará a toda costa conservar la dignidad de las personas y participar activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.

También es importante mencionar la capacidad del TCAE para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, para poder interpretar cualquier cambio, dándolo a saber al personal de Enfermería o Facultativo para que posteriormente tomen las medidas que sean necesarias u oportunas para este tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Debemos valorar cuidadosamente la agresividad en las decisiones terapéuticas y el beneficio esperado de las mismas. Debemos intentar comprender que unas horas de dolor en un paciente terminal suponen un gran sufrimiento, también añadido a la propia situación de terminalidad. La primera condición, por tanto, será determinar que nos encontramos ante una enfermedad en fase terminal, lo que en ocasiones no es tan fácil como pueda parecer.

El fin no es de alargar el proceso de vida, sino mejorar dentro de nuestras posibilidades que el enfermo se encuentre en las mejores condiciones posibles. Se pretende disminuir el sufrimiento del paciente y de sus familiares, se intentará a toda costa conservar la dignidad de las personas y participar activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.

6 Bibliografía

<https://www.secpal.com/>

biblioteca guía- cuidados-paliativos-1 <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027termina>

Capítulo 139

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

1 Introducción

Urgencia sanitaria es la aparición inesperada o imprevista de algún problema de salud de gravedad y causa variables que provoca en quien lo sufre una necesidad imperiosa de atención médica. El trabajo en el servicio de urgencias es un trabajo que se realiza en equipo, muy bien coordinado y donde todos conocen cuáles son sus funciones. El TCAE forma junto a médicos/as y enfermeros/as el equipo que atiende a los pacientes hasta su alta o traslado de unidad, con ayuda en algunas de las tareas, de los/las celadores/as.

El Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene varias funciones muy diferentes y extensas dependiendo del servicio donde desempeñe su trabajo.

Podemos decir que el servicio de urgencias es el lugar donde se unen todas ellas, ya que es donde se tiene contacto con patologías de todo tipo y varias edades y donde se ponen en práctica los conocimientos que hemos adquirido.

El servicio de urgencias de un hospital ofrece atención médica a pacientes que requieren una atención inmediata. No se necesita cita previa y se puede acudir en cualquier momento dado su gravedad.

Puede darse el caso de que varias personas necesiten atención médica a la vez, acudiendo a su vez por diferentes razones.

Por eso mismo, se necesita hacer un triaje. Ahí es donde se determina a quién se ha de atender primero, evaluando la gravedad de cada caso; esto quiere decir que los pacientes no serán atendidos por orden de llegada, sino por la gravedad de su sintomatología.

2 Objetivos

Conocer todas las diferentes funciones del técnico auxiliar de Enfermería (TCAE) en el área de urgencias de un hospital.

- Explicar la importancia de mantener una correcta comunicación con todo el equipo para poder atender al paciente desde el mismo momento en el que atraviesa la puerta del hospital, para lograr el objetivo final que son unos buenos cuidados correctos que logren la más pronta recuperación de su enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los motivos para acudir a la unidad de urgencias son muchos y varían según el paciente; por eso el auxiliar hospitalario debe saber tratar con todo tipo de pacientes que presenten todo tipo de patologías y dolencias: desde una simple cefalea a casos en los que el diagnóstico sea más grave o muy grave. Aunque no

será trabajo del auxiliar de enfermería determinar el grado de importancia de la patología de cada uno de ellos, sí que debe estar preparado para asistir al médico y a la enfermera en su cuidado.

Es por ello que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tener la formación adecuada para este tipo de servicio como es el servicio de urgencias. Al fin y al cabo, en el Servicio de Urgencias se tratan desde dolores de cabeza hasta grandes heridas o enfermedades de gravedad, por lo que los profesionales que trabajan en él deben estar preparados para enfrentarse a cualquier situación. Obviamente, y como en cualquier profesión, nadie nace aprendido: desarrollarse con la templanza y preparación necesarias en esta área requiere de tiempo y práctica. Además, por supuesto, de una buena base de conocimientos. Para cumplir con sus funciones, el auxiliar de enfermería de Urgencias tendrá que contar con una buena formación académica y experiencia laboral en las diferentes áreas sanitarias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tener las cualidades específicas como:

- Empatía
- Templanza
- Discreción
- Profesionalidad
- Autocontrol ante las situaciones de estrés o tensión
- Capacidad para trabajar en equipo
- Enfoque práctico del trabajo
- Comunicación efectiva
- Habilidades organizativas
- Disciplina en el cumplimiento de órdenes

Las necesidades del Servicio de Urgencias pueden cambiar en cada momento. El auxiliar de enfermería será capaz de reordenar sus tareas y priorizar sus funciones para adecuarse a los ritmos de trabajo.

Creemos que es importante hacer hincapié en la importancia del trabajo en equipo independientemente del gremio que sea, ya que en un servicio como el de urgencias es vital la colaboración entre los distintos profesionales. Para ello es vital unificar protocolos y dar a conocer las funciones que desempeña cada profesional para evitar eventos adversos en los pacientes y que el funcionamiento del servicio sea el mejor posible en este momento hacemos hincapié en el TCAE. Por eso nos gustaría mencionar la importancia que el TCAE asume hoy en día en el ámbito sanitario, ya que es el profesional más cercano al paciente y muchas

veces es vital para percibir los cambios que le suceden en el paciente y avisar si la vida del paciente corre peligro.

5 Discusión-Conclusión

En el Servicio de Urgencias todos y cada uno de los trabajadores, desde el personal de limpieza al administrativo, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias.

El TCAE en este servicio ha de ser capaz de trabajar en equipo ordenadamente, poder transmitir seguridad y confianza a los enfermos, haciendo sentir al paciente perfectamente atendido y a su vez respetado y salvaguardando en todo momento su intimidad. El TCAE ha de saber cómo actuar en determinados momentos sin dudarlo, debe conocer los protocolos de técnicas de diversas especialidades y debe trabajar en constante comunicación con el resto del equipo informando de cualquier cambio en el paciente.

También deberá saber priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y 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 140

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

MARIA ANGELES GARCIA DE MARINA FERNANDEZ

ANA MARÍA ÁLVAREZ ALARCÓN

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LINA MARIET PATIÑO GONZALEZ

MARIA JOSE GONZALEZ CAMACHO

1 Introducción

La enfermedad o trastorno mental conlleva cambios en el estado de ánimo, en la cognición y en el comportamiento de la persona lo que impide llevar a cabo su vida diaria normal.

El personal de psiquiatría se ocupa de las patologías asociadas a la salud mental cómo; esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, estrés postraumático, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad mental es un cambio emocional, cognitivo y de comportamiento y, en el que se pueden ver afectados algunos procesos mentales básicos como la motivación, emoción, percepción, conciencia...lo que dificulta la adaptación de la persona a ciertos entornos culturales y/o sociales. Los problemas mentales pasan a ser enfermedad

mental cuando los síntomas son permanentes e interfieren en la vida cotidiana del paciente.

Algunos de estos pacientes necesitan ser internados en el servicio de psiquiatría hospitalaria, para que reciban ayuda en la recuperación de la salud. En estas unidades además de recibir ayuda farmacológica adecuada a su enfermedad, también se realizan actividades terapéuticas enfocadas a la rehabilitación y reinserción, mediante programas específicos de psicoterapia.

En la unidad de psiquiatría trabaja un equipo multidisciplinar formado por personal de enfermería especialista en salud mental, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, monitores, terapeutas ocupacionales, celadores y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) en la unidad de psiquiatría.

Exponer la terapia que reciben los pacientes con enfermedad mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, con una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos como: Medline, PubMed, Scielo, donde hemos seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema expuesto.

4 Resultados

Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería acompañan y vigilan a los pacientes ingresados velando por su salud física y mental, además de sus funciones específicas debe conocer la estructura de la unidad, los horarios y las necesidades específicas de cada paciente.

Entre sus funciones se encuentran:

- El acompañamiento y la vigilancia de los pacientes en todas las instalaciones del servicio, sobre todo en los accesos de entrada y salida, el patio y en los que pueda haber riesgo de lesiones.

- Ayudar a todos aquellos pacientes que lo necesiten, en la higiene, acompañamiento al servicio, cambio de pañal, vestimenta, etc.
- Anotar y registrar las llamadas telefónicas y visitas que puedan tener estos pacientes.
- Recogida y revisión de pertenencias que faciliten los familiares.
- Control de la higiene de los pacientes autónomos, aseo, lavado de manos, cepillado de dientes, etc.
- Acompañar a los pacientes cuando necesiten ir a consultas médicas, paseos, etc.
- Mantener el orden y limpieza adecuada dentro de la unidad.
- Si hay algún conflicto entre los internos intentar mediar y resolverlo.
- Anotar en el registro las visitas, incidencias y salidas de los pacientes.
- Ayudar en las comidas a los pacientes que sean dependientes.

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería ha de desarrollar una serie de habilidades profesionales específicas de este servicio, como:

- Sensibilidad, empatía, y capacidad de respeto hacia la dignidad del paciente.
- Paciencia y destreza en el tratamiento personalizado.
- Capacidad de comunicación y apoyo al paciente.
- Fuerza emocional, ya que algunas de las funciones resultan estresantes.
- Habilidad de observación, para detectar posibles cambios en el estado del paciente.
- Saber trabajar en equipo.
- Capacidad para calmar y tranquilizar al paciente, intentando crear una relación de confianza.
- Apoyar tanto a pacientes como a su entorno más cercano desde el respeto, protegiendo la intimidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar en cuidados de enfermería es uno de los profesionales sanitarios que cuidan al paciente en varios aspectos de su vida cotidiana, ayudándoles a cubrir las necesidades básicas como la higiene, alimentación, sueño, actividades terapéuticas y de ocio, etc., sus funciones en la unidad de psiquiatría hospitalaria son muy importantes, ya que tienen un contacto muy estrecho con los pacientes, deberán seguir siempre el protocolo de la unidad, informando al personal de enfermería de cualquier anomalía o cambio que percibieran en el estado del paciente. Llevarán un registro individual de cada paciente anotando las actividades realizadas, estado anímico, comidas, aseo, visitas, interacción, etc., para poder realizar el seguimiento del paciente.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una comunidad terapéutica de Salud Mental [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tcae-salud-mental/>
2. Indeed.com. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/buscar-trabajo/funciones-tcae-planta-hospitalaria>
3. del Río Sánchez MB. Atención y cuidados al paciente de Salud Mental en los ámbitos hospitalarios y comunitarios: Concepto de Trastorno Mental Grave, cuidados de necesidades básicas durante la hospitalización y en atención domiciliaria al paciente y familia cuidadora [Internet]. Wordpress.com. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://andalusascom.files.wordpress.com/2018/02/muestra-vol-23.pdf>

Capítulo 141

HEMODIÁLISIS. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

La técnica de depuración sanguínea fuera del cuerpo que cumple parcialmente las funciones renales recibe el nombre de hemodiálisis. Consiste en la excreción de solutos, eliminación de líquidos retenidos y regulación de la actividad ácido-base y el electrolito. Esta técnica no sustituye la función endocrina ni metabólica de los riñones, pero es el tratamiento más frecuente utilizado en pacientes que presentan una insuficiencia renal crónica.

La técnica consiste en el paso de sangre a través de un filtro que se compone de dos compartimentos. El primero es para el paso de sangre y el segundo es para el líquido de la diálisis ambos separados entre sí por una membrana de tipo semipermeable. Esta membrana debe permitir los dos mecanismos en los que se basa la técnica: la difusión y la convección.

En la hemodiálisis, se elimina de la sangre el exceso de agua y las sustancias dañinas, pero también se aportan solutos como puede ser el caso del bicarbonato o el calcio. Su prescripción ha de ser 3 veces por semana con una duración de 4 horas la sesión.

Los elementos que componen la técnica son: dializador (filtro o recipiente con cuatro conectores), circuito extracorpóreo (conjunto de tubuladuras que conducen

la sangre desde el paciente al dializador (sangre arterial) y desde este al paciente nuevo (línea venosa)), el líquido de la diálisis, el monitor y la anticoagulación del paciente durante la diálisis, la cual se realiza a través de heparina sódica o heparina de bajo peso molecular.

El Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe conocer las complicaciones más frecuentes en la hemodiálisis.

2 Objetivos

- Describir el material necesario para la hemodiálisis.
- Enumerar las complicaciones más frecuentes derivadas de la realización de la técnica.
- Puntualizar las intervenciones que debe llevar a cabo el TCAE para evitar las complicaciones derivadas de la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión ortográfica y bibliográfica basada en una búsqueda activa de literatura científica en las diferentes bases de datos como PubMed, Medline o Google Académico. Así como artículos publicados en diferentes revistas de ámbito científico.

Las palabras clave han sido: hemodiálisis, complicaciones, funciones TCAE.

Keywords: hemodialysis, hemodialysis complications.

4 Resultados

El TCAE ha de saber reconocer las complicaciones más comunes derivadas de la hemodiálisis como son: la hipotensión arterial. Esta es derivada de la eliminación de líquidos y los signos y síntomas más comunes de la misma son la visión borrosa, vómitos, taquicardia, sudoración, calambres, bostezos, pérdida de conciencia. Aquí las intervenciones de la persona auxiliar de enfermería con ayuda y en trabajo en equipo con enfermería han de ser encaminadas a garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Para ello el paciente ha de colocarse en la posición de Trendelenburg y acompañará mientras el personal de enfermería coloca un suero fisiológico. Los calambres musculares han de ser otro signo que indicará complicación. Estos guardan relación con la isquemia de los tejidos, las alteraciones en el pH sanguíneo, entre otras. Aquí, el TCAE, masajeará la zona

ayudándose del alcohol. Cuando el paciente refiere dolor de cabeza, ha de indicarnos que puede estar relacionado con acetato o hipertensión arterial. El TCAE debe llevar a cabo un control de la tensión arterial exhaustivo durante el proceso. La aparición de arritmias pueden estar relacionadas con las alteraciones del ion potasio. Náuseas y vómitos relacionados con cardiopatías, derrames pleurales y anemias. En este caso el TCAE velará por la seguridad del paciente en todo momento, evitando, principalmente la broncoaspiración. Dolor precordial relacionado con cardiopatías, derrames pleurales y anemias. Aquí es de vital importancia avisar al médico lo antes posible, controlar oxigenoterapia y detección de la diálisis. Otras complicaciones que pueden aparecer son el prurito, fiebre, pérdidas hemáticas, hemólisis, embolia gaseosa y alteraciones del sueño. El problema de las infecciones es muy importante en el proceso de hemodiálisis. El paciente en hemodiálisis ve dañada su principal barrera defensiva y esta es la principal vía de entrada de gérmenes. La higiene personal es uno de los recursos principales para la prevención de infecciones durante las sesiones de diálisis.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal es una patología crónica cuyos casos se elevan año tras año. El impacto emocional y psicológico que sufre la persona que la presenta genera sentimientos de frustración y rabia. El TCAE ha de ser una persona muy importante a lo largo de las sesiones de hemodiálisis proporcionando apoyo a los pacientes y mostrando que ellos pueden ser capaces de adaptarse a la nueva situación. La parte psicológica en estos casos, como en otras muchas patologías juega un papel crucial.

Es muy importante controlar la cantidad de líquidos que bebe (agua, líquidos y todo lo húmedo como sopa, fruta, café, etc.). Hay que controlarlos porque se pierde la función renal, la capacidad de orinar y todo eso. Disminución de la ingesta de líquidos, que puede manifestarse como hinchazón de las extremidades y la cara, presión arterial alta y aumento de peso. La cantidad de líquido que puede beber siempre depende de la capacidad de sus riñones para producir orina. En general, la cantidad de líquido que se puede beber en un periodo de 24 horas es equivalente a la orina más 500ml de ese periodo.

Es necesario preparar los materiales y preparar al paciente antes de la diálisis, una evaluación general del estado del paciente al inicio de la diálisis, se deben realizar mediciones constantes al comienzo y cada hora durante la diálisis de la siguiente manera: hacer que el paciente se sienta cómodo durante todo el proceso, y registro al final También es importante mantener el peso y mantenerlo bajo

control. En definitiva, tras la sesión de diálisis, es necesario confirmar y controlar si el paciente se encuentra en las mejores condiciones tras la diálisis.

6 Bibliografía

1. Cuevas Budhart MA, Saucedo Garcia RP, Romero Quechol G, Garcia Larumbe JA, Hernandez Paz Y Puente A. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enferm nefrol* [Internet]. 2017 [citado el 21 de julio de 2022];20(2):112–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200112
2. Velázquez Frías L. Insuficiencia renal crónica terminal y hemodiálisis: Alteraciones endoscópicas e histológicas del tracto gastrointestinal. *G E N* [Internet]. 2009 [citado el 21 de julio de 2022];63(1):14–20. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032009000100004
3. Murdeshwar HN, Anjum F. Hemodialysis. En: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
4. Vadakedath S, Kandi V. Dialysis: A review of the mechanisms underlying complications in the management of chronic renal failure. *Cureus* [Internet]. 2017 [citado el 21 de julio de 2022];9(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.1603>
5. Revista. Papel del TCAE en la Unidad de Hemodiálisis. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica* [Internet]. 2021 [citado 21 de julio de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/responsabilidades-tcae-hemodialisis/>

Capítulo 142

LA MUSICOTERAPIA EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

NURIA CEPEDAL FERRER

1 Introducción

Dada la variedad de guías médicas que presentan importantes limitaciones al tratamiento actual, la música puede ser una herramienta terapéutica complementaria además de ser una fuente de formación y conocimiento. Actualmente se están investigando activamente las redes neuronales implicadas en el procesamiento de la música y el conocimiento de los cambios humorales, electrofisiológicos e incluso estructurales que la música induce en nuestro cerebro.

Los estudios de sujetos sanos han demostrado que escuchar su música favorita mejora temporalmente su desempeño en pruebas de habilidades espaciotemporales, atención, fluidez verbal y creatividad.

La música ha sido reconocida como un medio potencialmente emocionalmente evocador. Los estados emocionales evocados por la música suelen ser más fuertes que los evocados por otros medios; en este sentido, la música puede tener la capacidad de modular la memoria. Varios estudios han demostrado que en la enfermedad de Alzheimer la memoria puede mejorar cuando un componente emocional se asocia con un evento.

La musicoterapia forma parte de los programas de envejecimiento activo que se ofrecen a las personas mayores. Su utilidad en el campo de las demencias empieza a ser valorada por la comunidad científica, ya que se han reportado efectos positivos a nivel físico, cognitivo y psicológico. Son necesarios más estudios que perfilen el alcance de tales cambios en la enfermedad de Alzheimer.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias que la música aporta a la memoria de pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer.
- Investigar qué intervenciones han de llevarse a cabo para mejorar la situación de pacientes aquejados de demencias como la enfermedad de Alzheimer, gracias al tratamiento terapéutico como la musicoterapia.

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.

Palabras clave: Música; musicoterapia; neurorehabilitación; cognición; demencia.

4 Resultados

Las publicaciones de investigación tienen como objetivo investigar los efectos positivos de la musicoterapia en ciertos síntomas cognitivos.

La enfermedad de Alzheimer es una de las enfermedades que más afecta a la sociedad, y una de las causas de esto es la falta de cura, por lo que los investigadores ofrecen diversos tratamientos positivos, como la musicoterapia. La música favorece una cierta conexión con el entorno, porque está constantemente presente en nuestro día a día y activa nuestra red cerebral. Al centrarse en las personas con la enfermedad de Alzheimer, la música les ayuda a conectarse con su entorno y desencadenar recuerdos. Además, los pacientes conservan su memoria incluso en los estadios más avanzados de la enfermedad. Otro beneficio de esta terapia es que la música ayuda a reducir la ansiedad y el estrés y aumenta la sensación de felicidad.

Diversos estudios confirman el efecto positivo de la música en este tipo de pacientes. Estos efectos incluyen: mejora de la memoria y el estado de ánimo, mejora de la orientación y reducción de la ansiedad y el estrés. Además, se observaron mejoras en los delirios, alucinaciones, agitación, irritabilidad y habilidades del lenguaje en pacientes con enfermedad moderada.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 1996), la musicoterapia es "el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y

armonía) por parte de un musicoterapeuta profesional con un paciente o grupo. .a proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos importantes para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. La capacidad de respuesta a la música continúa en las últimas etapas de la demencia. Aunque el uso del lenguaje se deteriora durante el curso de la enfermedad, ciertas habilidades musicales se conservan, como la capacidad de ejecutar piezas musicales previamente aprendidas o continuar tocando un instrumento. La musicoterapia es capaz de modular factores cognitivos y conductuales, atrayendo la atención, evocando y modulando respuestas emocionales, involucrando varias funciones cognitivas y evocando patrones de movimiento.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las enfermedades más importantes de las personas mayores, la demencia es una de las enfermedades que más deteriora la calidad de vida, lo que provoca un gran daño a nivel social y un gran impacto en el entorno familiar. De las demencias, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente en la población general. En España, unas 800.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer, de las que unas 200.000 están sin diagnosticar. Eso representa el 1,36 por ciento de la población española. El tratamiento no farmacológico tiene como objetivo la estimulación cognitiva, física, social, sensorial, así como el procesamiento de aspectos relacionados con la memoria y los recuerdos, favoreciendo el desarrollo general de la persona. Hay una amplia variedad de tratamientos no médicos disponibles para los pacientes de Alzheimer. La mayoría de las investigaciones sobre los beneficios de la musicoterapia se centran en el dominio psicológico, evaluando las reducciones en los cambios de comportamiento, en particular los cambios en la agitación, la ansiedad y la agresión. Quedan preguntas importantes sobre el papel de la música como un mecanismo potencial para mejorar no solo algunas habilidades cognitivas sino también otras habilidades emocionales, sociales y, por lo tanto, académicas en millones de niños y adultos. Se han demostrado claramente cambios cerebrales tras la formación musical, transitorios en los no músicos y permanentes en los músicos, y asociados a mejoras en determinadas capacidades cognitivas; pero no hay evidencia del efecto de la música en la mejora de la inteligencia, aparte de alguna mejora en las habilidades visuales y espaciales.

6 Bibliografía

1. Miranda MC, Hazard SO, Miranda PV. La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Rev chil neuro-psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 23 de julio de 2022];55(4):266-77. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000400266&script=sci_arttext
2. Gómez Gallego M, Gómez García J. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología* [Internet]. 2017 [citado 23 de julio de 2022];32(5):300-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-musicoterapia-enfermedad-alzheimer-efectos-cognitivos-S0213485316000049>
3. Barcia D, Barcia- D, Revisión S, Barcia-Salorio D. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer [Internet]. *Viguera.com*. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_223_238.pdf
4. Puerta AR. Musicoterapia: historia, beneficios, tipos, actividades [Internet]. *Lifeder*. 2019 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/musicoterapia/>
5. Criado MÁ. El alzhéimer no puede con la música [Internet]. Ediciones EL PAÍS S.L. 2015 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/06/23/ciencia/1435064927_042235.html

Capítulo 143

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA INTERVENIR EN LA OBESIDAD INFANTIL. EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EMÉRITA ALLENDE ELVIRA

1 Introducción

Definimos obesidad como un exceso de masa grasa, que suele corresponder a un mayor peso corporal. Sin embargo, no todo aumento de peso puede clasificarse como obesidad, ya que el aumento de peso puede deberse a un exceso de líquido, edema o masa muscular. La Organización Mundial de la Salud confirma que el sobrepeso y la obesidad están asociados con mayores tasas de mortalidad y que hay más personas con sobrepeso que con bajo peso en el mundo en comparación con sus pares. Sin embargo, podemos enfrentarnos a un problema mayor, ya que la obesidad suele ir acompañada de graves trastornos metabólicos como la resistencia a la insulina, la dislipemia, la hipertensión y la diabetes tipo 2 (DM2). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) afirmó que la prevalencia de estas enfermedades está aumentando a un ritmo alarmante; entre 1975 y hoy, la obesidad se ha triplicado, y en 2016 había más de 340 millones de niños y jóvenes (de 5 a 19 años) en todo el mundo sobrepeso y/u obesidad. El rápido aumento de la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI: el número de niños y adolescentes afectados por la obesidad se ha multiplicado por más de diez, de 11 millones en 1975 a 124 millones en

2016. Las tendencias de obesidad infantil están estancadas en España, pero hay poca información sobre las diferencias regionales. Este estudio evaluó la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes en ocho comunidades autónomas entre 2005 y 2017. La obesidad se está convirtiendo en un verdadero problema de salud en los países del primer mundo y empieza a ser un problema en los países en vías de desarrollo, cada vez más industrializados y más parecidos a los países occidentales. Estudios epidemiológicos recientes continúan mostrando que la prevalencia de la obesidad infantil está aumentando en todo el mundo. La dieta, la actividad física, el sueño y la falta de actividad física son factores que interfieren en la obesidad.

2 Objetivos

- Descubrir acciones que el TCAE está haciendo bien para promover la salud y reducir el aumento de la obesidad infantil.
- Explicar las prácticas profesionales que contribuyen a los buenos resultados del TCAE en la promoción de la salud y la prevención de la obesidad infantil.

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.

4 Resultados

El sobrepeso y la obesidad han sido ampliamente estudiados en los últimos años. La evidencia científica sugiere que la obesidad está asociada con múltiples variables, tanto individuales como contextuales (vínculos de factores biológicos, psicológicos y sociales). A pesar de la comprensión generalizada de sus causas y consecuencias, la enfermedad continúa aumentando, afectando particularmente a las áreas marginadas y de bajos ingresos.

Una dieta balanceada y la actividad física regular son muy importantes para ganar o perder peso, pero como se mencionó en la sección anterior, existen varios factores psicológicos, motivacionales, cognitivos y emocionales. Asimismo,

la conducta descrita y la propia psicología del individuo se dan en un contexto social que puede facilitar o dificultar el proceso. Esto significa que hay que tener en cuenta los factores sociales. Sus pesos respectivos pueden variar dependiendo de la población con la que se esté trabajando. Entonces cobra sentido conocer las características y peculiaridades de cada grupo, no solo la literatura comparada. La obesidad infantil es una enfermedad multifactorial compleja resultante de la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Hemos visto la importancia de los roles familiares, así como los roles psicológicos mencionados anteriormente. En estos roles, podemos enfatizar los estilos de crianza y alimentación, la parte emocional de la comida y la autoeficacia.

Cabe recalcar que la obesidad ya es un problema cíclico, por lo que es necesario formular programas de intervención a nivel del individuo, familia, comunidad y sociedad con el fin de promover el desarrollo saludable de niños y jóvenes. Los defensores deben brindar información precisa para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas y más saludables. Por ejemplo, es muy importante tener campañas y mensajes de educación alimentaria que se puedan comunicar a través de múltiples canales. Las propias escuelas deben apoyar las medidas de reforma en la elección de una nutrición adecuada. La escuela tiene un gran impacto en la vida de los niños. Entonces, desde un principio se deben tomar medidas relacionadas con el control o la prevención de la obesidad, teniendo en cuenta los hábitos alimentarios de cada familia.

5 Discusión-Conclusión

Los hábitos saludables inculcados en la infancia y la adolescencia suelen durar toda la vida. En este sentido, las escuelas son un lugar ideal para promover este tipo de salud conductual. Porque una alimentación saludable y la prevención de la obesidad son beneficiosas no solo para la salud, sino también para el rendimiento educativo de niños y adolescentes.

En segundo lugar, en cuanto a los factores analizados durante la consulta bibliográfica, habría que analizar nuevos estudios sociodemográficos para conocer cuáles pueden ser considerados factores de riesgo de la epidemia de obesidad infantil e intentar influir en ellos a través de campañas de sensibilización. Se incluirán técnicos de enfermería. Finalmente, las referencias revisadas citan una disminución global de los alimentos calóricos, el aumento de los precios de las frutas y verduras, el aumento del uso de actividades sedentarias como la televisión y los videojuegos, comer fuera de casa, etc. como algunas de las causas de esta patología. Número de hogares, restaurantes de comida rápida, etc. cada vez

más calorías quemadas y cada vez menos actividad física.

6 Bibliografía

1. Serrano JA. La obesidad infantil y juvenil [Internet]. Uic.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/958/03La_obesidad_infantil_juvenil.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Nuevas amenazas para la salud de los niños y los adolescentes [Internet]. Who.int. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health>
3. Jurado-Castro JM. Evaluación de hábitos de alimentación y actividad física en niños escolares como método de prevención de obesidad infantil. Universidad de Córdoba, UCOPress; 2022.
4. Researchgate.net. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/358571244_Comprendiendo_la_obesidad_infantil_como_una_condicion_bio-psico-social
5. Manuel J, Castro J. Uco.es. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/22475/2022000002383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Mussini M, Temporelli KL. Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estud Soc Rev Aliment Contemp Desarro Reg* [Internet]. 2013 [citado el 3 de junio de 2022];21(41):165–84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007

Capítulo 144

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL SONDAJE VESICAL

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica que se considera invasiva, consiste en la inserción de una sonda a través de la uretra hasta llegar a la vejiga cuya función y finalidad es la de drenar la orina al exterior cuando sea estrictamente necesario.

Los sondajes vesicales son realizados en los siguientes casos:

- Casos de incontinencia urinaria y/o de retención urinaria.
- Recogida sin contaminación de muestras estériles para el correcto análisis en el laboratorio hospitalario.
- Operaciones quirúrgicas de próstata o de los genitales.
- Patologías como las lesiones en la médula espinal, esclerosis múltiple, demencia, senilidad, parálisis, etc.

- La administración de fármacos y medicamentos con fines terapéuticos y de diagnóstico.
- Para la evacuación de la vejiga antes y después de una intervención quirúrgica.
- Para la realización de lavados vesicales.
- En la realización de balances de líquidos y seguimiento hídrico.

Hay patologías en las que el sondaje vesical no está permitido, como por deformaciones anatómicas del tracto urinario y cuando existe una sospecha de posible rotura uretral. La mayor preocupación en un sondaje vesical es la infección nosocomial, es la desventaja más frecuente de esta práctica sanitaria.

Cuando el paciente que necesite ser sondado sea un sexo masculino, es preferible un colector a una sonda vesical pero la inserción de este dependerá de la patología y del resultado que se necesite.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste el procedimiento de inserción de sonda vesical.
- Desarrollar las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería en la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter de tipo vesical.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre libros científicos existentes, para encontrar las mejores evidencias y resultados destinados a conocer el procedimiento de realización de un sondaje vesical. Se ha consultado Google académico y otras bases de datos como: PubMed, Medline Plus, Scielo.

4 Resultados

Según la EAUN (asociación europea de enfermería urológica), hay tres técnicas de inserción del sondaje:

- Técnica estéril: se realizaría con todo el campo esterilizado tanto paño, sonda y personal que vaya a colaborar con bata, mascarilla y guantes estériles.
- Técnica aséptica: el catéter, el paño y los guantes son estériles.
- Técnica limpia: si la aséptica no es posible, el catéter será estéril pero no son necesarios los guantes, sólo el lavado higiénico de manos.

Hay multitud de tipos de sonda, se seleccionarán dependiendo del calibre, necesidad, estado del paciente...

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para que el profesional de enfermería inserte un sondaje son:

Preparación del material necesario:

- Sonda vesical estéril del tipo calibre que le soliciten.
- Guantes estériles para el personal de enfermería.
- Gasas y compresas estériles.
- Solución antiséptica para desinfectar la piel y las mucosas.
- Lubricante acuoso.
- Bolsa colectora de orina y soporte para su anclaje.
- Suero fisiológico.
- Jeringas.

Procedimiento:

- Informar al paciente sobre el procedimiento, proporcionando intimidad.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas un poco flexionadas y los muslos separados.
- Lavado higiénico de las manos y colocación de guantes.
- El TCAE realizará la higiene genital del paciente, el personal de enfermería se pondrá los guantes estériles y lubricará el meato, cogerá la sonda que le proporcione el TCAE (este solo tocará el envoltorio), y la introducirá en la vejiga, llenará el balón con agua destilada y fijará la sonda con un apósito en el muslo para evitar tirones que puedan causar heridas al paciente.

Mantenimiento de la sonda:

- Lavado de las siempre antes de manipularla.
- Lavar con agua y jabón neutro el meato urinario de manera cuidadosa, secando posteriormente.
- Anotación de la cantidad de orina vaciada de bolsa colectora, cambiando dicha bolsa cuando fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

El cateterismo vesical es una técnica muy usual y frecuente en los centros hospitalarios, efectuada por el personal de enfermería junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, por lo que ambos profesionales sanitarios deber tener los suficientes conocimientos para realizar un sondaje con la técnica adecuada y de manera más aséptica posible para intentar evitar complicaciones e infecciones en el tracto uretral.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el profesional que se encargará de colocar el material que se necesite y de la realización de la higiene del paciente antes y después de la práctica, para prevenir infecciones.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Función del TCAE en la colocación de una sonda vesical [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-tcae-sondaje-vesical/>
2. ▷ El Sondaje Vesical [Internet]. Blogspot.com. [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com/2010/09/el-sondaje-vesical.html>
3. Muñoz Mendoza CL, Sanjuán Quiles Á, Cabañero Martínez MJ. Sondaje vesical. En: Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Elsevier; 2014. p. 630–2.

Capítulo 145

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

CATALINA MORENO BRAVO

ASUNCION GONZALEZ TORRES

SAIRA PATRICIA MENDOZA BELTRAN

JOSEFA BELEN ABELLAN ABELLAN

1 Introducción

El endoscopio es tubo hueco, flexible y articulado que tiene un sistema óptico en su interior mediante el cual visualizamos las imágenes en la torre de endoscopias a través de un monitor. En este capítulo vamos a hablar del papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los servicios especiales, concretamente en el bloque digestivo. La panendoscopia oral consiste en el examen del esófago, estomago y duodeno mientras el gastroscopio introduciéndolo en la boca permitiendo la visión de todo tipo de lesiones del tubo digestivo como por ejemplo tumores, gastritis, úlceras, esofagitis, etc. La panendoscopia también permite la toma de biopsias y ciertos procedimientos terapéuticos como la gastrostomía endoscópica percutánea que consiste en la colocación de un flexible tubo a través de la pared abdominal hasta el estómago. En cambio la colonoscopia está indicada para explorar el intestino grueso y algunos cm del delgado. Hoy en día uno de los usos de la colonoscopia es la prevención del cáncer de colón aunque no es el

único uso que vamos a mencionar como por ejemplo la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la ecoendoscopia. La rentabilidad de la endoscopia es mayor que otra exploración, ya que con el endoscopio podemos ver directamente las lesiones.

2 Objetivos

Conocer el trabajo que desempeña el auxiliar de enfermería en la unidad de endoscopia digestivo.

Exponer cómo se desinfecta el fonendoscopio y el gastroscopio y el papel que tiene el técnico de cuidados auxiliares de enfermería en ello.

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

Antes del inicio de la exploración el auxiliar debe conocer si se va a realizar una colonoscopia o catoptroscopia para preparar el endoscopio adecuado. El auxiliar de enfermería debe de conocer como conectar el endoscopio a la torre de trabajo. Debemos comprobar su correcto funcionamiento. Debemos facilitar al facultativo y a enfermería todo el material que se nos demande.

El auxiliar de enfermería en la unidad de endoscopias digestiva se encargan de la preparación de la sala antes del inicio de las exploraciones:

Debe preparar la mesa de trabajo donde se preparara:

- un paño azul de carácter absorbible.
- un bote donde ponga “agua” con rotulador y lleve agua destilada, se utiliza para comprobar el aire y la aspiración del endoscopio antes de iniciar la exploración.
- un bote con agua destilada y líquido enzimático diluido al 10%, se utiliza para aspirar una vez finalizada la exploración para asegurarnos que el endoscopio quede

limpio por dentro y se mate la materia orgánica. Posteriormente se limpiará el endoscopio en la sala de lavadoras.

-jeringas de 50 cc de cono estrecho.

-gasas no estériles.

-lubricante.

-botes de biopsia.

-un rotulador.

Comprobaremos que funcione el sistema de aspiración, el sistema de oxígeno, etc.

Vestiremos la camilla donde pondremos una sabana, otra para cubrir al paciente y proporcionarle su intimidad, empapador.

En la zona de la lavadora prepararemos el siguiente material:

En los fregaderos prepararemos un recipiente con agua y un desinfectante de alto nivel como por ejemplo el “ Rely+On Perasafe” . Y un empapador. A continuación encenderemos las lavadoras y colocaremos las conexiones adecuadas para lavar los endoscopios, programaremos el ciclo de autodesinfección que dura más o menos unos 60 min para dejarlas a punto.

Para la limpieza del endoscopio cuando se termine la exploración:

- En la sala de trabajo cogeremos el endoscopio utilizando la técnica del doble guante y limpiaremos el tubo de inserción por fuera con unas compresas y líquido desinfectante. Después aspiraremos con el endoscopio el agua diluida y el enzimático que habíamos preparado previamente y nos quitaremos un guante que será la mano limpia para posteriormente procederemos a apagar la torre endoscópica y desconectar el agua del endoscopio, el sistema de aspiración, el aire y el endoscopio tapando adecuadamente la fuente de alimentación de este.

- Pasamos a las lavadoras, donde nos encargaremos de lavar el endoscopio en el fregadero bajo el chorro del agua, retiraremos todas las válvulas y con una esponja de clorhexidina limpiaremos el endoscopio por fuera, esta será desechada posteriormente. Cepillaremos bajo el chorro del agua todos los canales con un cepillo específico asegurándonos siempre:

- el extremo del cepillo al introducirlo por el canal de trabajo salga por el extremo distal de trabajo.

- el extremo del cepillo al introducirlo por el canal de aspiración salga por la válvula de succión.

- el extremo del cepillo al introducirlo por el canal de aspiración salga por extremo distal del trabajo.

-Pasamos el cepillo por todos los huecos.

Posteriormente se inyecta por el canal de trabajo con una jeringa de 50 cc el agua del recipiente situado con anterioridad en la zona del fregadero.

Se introduce el endoscopio en la lavadora y las válvulas, programamos el ciclo, dependiendo si hay sospecha de enfermedad infecciosa o no. Debemos de tener extremo cuidado con la correcta conexión del endoscopio, si hay un error la lavadora emitirá un sonido de alarma donde interrumpe el ciclo. Cuando la lavadora termine secamos todos los canales con aire comprimido de grado médico. Colocamos las válvulas y almacenamos correctamente el endoscopio. Una vez finalizada toda la actividad en la sala y estando los endoscopios limpios, desinfectado y guardados, con todo repuesto para el turno siguiente, se procede al llevar las muestras obtenidas al laboratorio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

Con la elaboración de este capítulo queremos destacar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que estamos presentes durante la realización de las pruebas. El técnico de cuidados auxiliares de enfermería se encarga de asistir al enfermero y al médico. En la unidad de endoscopia digestiva se trabaja en equipo y es muy importante. Además también nos encargamos de la limpieza y desinfección de los endoscopios, también transportamos las biopsias al laboratorio. El técnico en cuidados auxiliares en enfermería es imprescindible en muchos de los distintos servicios de las instituciones sanitarias. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está presente en todos los procedimientos que se realiza con el endoscopio como por ejemplo en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

6 Bibliografía

<https://blog.simmedica.com/blog/desinfeccion-de-endoscopios-paso-a-paso>
<https://prezi.com/3t5b-ucq0i1z/protocolo-de-la-practica-clinica-del-tcae-del-servicio-de-en/?frame=621ac81877febbafcf48b7c8c52c006e31fd1422>

Capítulo 146

CENTRO DE ANTECION PRIMARIA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

En los centros de atención primaria tienen varias unidades que varían desde enfermería para curas, odontología, pediatría, fisioterapia, urgencias y en algunos se hacen visitas a domicilio. Las estaciones y recogidas de muestras biológicas se realizan por la mañana a primera hora.

Los pacientes que visitan la atención primaria son pacientes que solo estarán un tiempo limitado y sus patologías no suelen entrañar riesgos graves, si los hubiera se derivarán al centro hospitalario más próximo, ya que los centros de atención primaria no están dotados para la atención de especialidades, aunque si tienen urgencias.

Acuden con cita previa a las consultas y extracciones y a demanda a la unidad de urgencias.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria tiene funciones muy variadas, tanto como las unidades con las que cuenta el centro, ya que asiste tanto a médicos como enfermeras, además de realizar tareas específicas.

En los centros de atención primaria la atención al paciente es puntual y sin estancias, además es un centro que atiende a los pacientes próximos a su localización, las consultas suelen durar 5 minutos aproximadamente de media a excepción de las salas de curas y de odontología que se pueden extender en el tiempo.

2 Objetivos

En el desarrollo de este capítulo vamos a exponer las funciones del tejido auxiliar de enfermería en un centro de atención primaria. Además, explicar el funcionamiento del propio centro de salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos recopilado formación a través con publicaciones científicas sanitarias a través de Google Académico, iba a ser de datos como PubMed.

Además, contamos con nuestra experiencia laboral en el sistema sanitario de Castilla La Mancha, SESCOG.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza tareas de apoyo y tareas específicas en los centros de atención primaria como pueden ser:

* a primera hora se realizan las extracciones y recogidas de muestras sanguíneas orina y heces. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de preparar los listados de los pacientes que acuden a la extracción, ordenando su entrada y los tubos de muestras correspondientes, junto con las etiquetas que especifican el tipo de prueba que se pide, serología, bioquímica, coagulación...

A recoger las muestras que traen los pacientes para enviar al laboratorio debe ser muy minucioso, ya que cualquier error puede ocasionar la pérdida de la misma.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también se encarga de notificar cualquier incidencia o reclamación mediante correos electrónicos al laboratorio, almacén o farmacia.

Entre sus funciones también se encuentran la de reponer el material y comprobar las fechas de caducidad, así como el buen estado del material e instrumental que se utilizara en consultas, urgencias, enfermería y medicina.

Controlando el stock disponible en el almacén para reposición del centro y realizando los pedidos que sean.

Proporciona el material a los pacientes diabéticos, que son la alimentación, etc. Previamente pautado por el facultativo o por indicaciones de la enfermedad graduada.

Colabora con el equipo de enfermería y medicina en momentos de urgencias y emergencias, (suturas, síncope, infartos, etcétera).

El técnico cuida los auxiliares de enfermería es el encargado de limpiar y desinfectar el instrumental de curas y de Odontología.

En las unidades de especialidades como la de fisioterapia gestiona la agenda atendiendo a la urgencia o tratamiento pautado, y gestiona la consulta.

En la unidad de Odontología también asiste a los odontólogos o higienista así como desinfecta el instrumental y la consulta.

En los centros de atención primaria donde se realizan visitas a domicilio el técnico en cuidados auxiliares de enfermería acompaña al médico o enfermedad graduada y los asiste en lo que necesiten. También ayuda y enseña a los familiares de los pacientes dependientes a realizar el baño, alimentación, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de atención primaria son muy dinámicas, ya que coexisten en varias unidades en un espacio muy reducido.

Por lo tanto, de ver a asistencia tanto a médicos de cabecera, pediatras, a las enfermeras en la sala de curas, odontólogos, extracciones y recogidas de muestras, etc.

Además, es el responsable de cuidar que todo el material esté en perfectas condiciones y de su limpieza, la comprobación del stock en el almacén y control fechas de caducidad.

También debe reponer material e instrumental en las salas de curas, sala de odontológica, etc.

Para atención a los pacientes dependientes con visitas a domicilio acompañando a los médicos enfermeras.

6 Bibliografía

<https://enfermeria.top/apuntes/tcae/actividades-tcae-atencion-primaria/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2605073021000407>

<http://dspace.umh.es/handle/11000/27344>

Capítulo 147

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE LA Sonda NASOGÁSTRICA. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE LA COLOCACIÓN DE LA Sonda NASOGÁSTRICA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

1 Introducción

El manual sobre “el personal laboral auxiliar de enfermería. Vol1” define el sondaje nasogástrico como “actuación llevada a cabo por el equipo de enfermería que consiste en la introducción de una sonda por la nariz con diferentes finalidades clínicas”.

Generalmente, la utilización de la sonda nasogástrica es debido a:

- La administración de oxígeno al paciente.
- La aspiración de secreciones bronquiales del paciente.

Sin embargo, cuando una sonda nasogástrica es colocada tiene las siguientes finalidades:

- La alimentación de aquellos pacientes que no puedan comer por cuenta propia, esta alimentación se realiza a través de la sonda.
- La obtención de muestras para determinar un diagnóstico.
- La descompresión gástrica después de una intervención.
- La administración de medicación.

Existe una clasificación generalizada sobre las sondas nasogástricas existentes, teniendo una clara clasificación en dos grupos:

- Sonda no reactiva: son las más utilizadas puesto que son tubos de silicona o poliuretano que no irritan.
- Sonda de polietileno o cloruro de polivinilo: menos utilizadas puesto que al ser un material más duro, irrita la zona.

En función de la finalidad con la cual se utiliza una sonda nasogástrica, del tamaño de la sonda, del material con el cual está hecha y de la longitud de estas, existen en el mercado sanitario multitud de tipos de sondas nasogástricas.

2 Objetivos

- Conocer los motivos por los cuales se utiliza una sonda gástrica.
- Conocer los motivos por los cuales se coloca una sonda gástrica en el paciente.
- Detallar el procedimiento de la colocación de una sonda gástrica y la actuación del TCAE durante la realización de dicho procedimiento.
- Enumerar los tipos de sondas gástricas.

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 colocación de un sondaje nasogástrico es actuación, o bien del médico responsable del paciente, o del equipo de enfermería, sin embargo, independientemente

de la categoría profesional que realiza dicha acción, será los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los encargados de preparar el material necesario para realizar la intervención. Para ello, deberá preparar el siguiente material:

- Sonda nasogástricas de diferentes calibres. Será la persona encargada de colocar el sondaje la que determine el calibre adecuado para el paciente, por lo que se deberá tener preparado sondas de varios calibres para evitar la pérdida de tiempo en buscar las sondas de una en una.
- Lubricante hidrosoluble la que la introducción de la sonda sea más sencilla y menos dolorosa para el paciente.
- Gasas y guantes desechables. Las gasas pueden ser estériles o no estériles. Sin embargo, es recomendable que los guantes utilizados por la persona encargada de introducir la sonda sean guantes estériles, puesto que estará manipulando un elemento que posteriormente se introducirá en el cuerpo del paciente.
- Jeringa de alimentación. Estas jeringas deberán tener un tamaño mínimo de 50 o 100 ml.
- Fonendoscopio, con el cual se podrá comprobar la posición de la sonda y comprobar que ha sido colocada adecuadamente.
- Esparadrapo hipoalergénico para sujetar la sonda y de esta manera evitar que se salga.
- Tapón, para evitar la salida de fluidos y/ o alimentación.

Actuación del técnico en cuidados auxiliares durante la colación de un sondaje nasogástrico.

Durante la colocación de la sonda nasogástrica, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de proporcionar el material necesario a la persona encargada de la colocación, mientras el celador se encarga de sujetar al paciente.

- Colocar al paciente en una posición adecuada para la introducción de la sonda. Esta actuación será realizada junto al celador.
- Lubricar la sonda por la parte que va a ser introducida.
- Ayudar durante la fijación de la sonda con esparadrapo, para ello se preparará pequeñas tiras de esparadrapo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el cuidado de la sonda nasogástrica. Funciones del TCAE durante la colocación de la sonda nasogástrica”

nos demuestra la importancia de colocar un sondaje nasogástrico, puesto que gracias a esta sonda se pueden obtener varias finalidades, entre ellas, las de alimentar a un paciente que no puede hacerlo por el mismo.

La principal del TCAE durante la colocación del sondaje es tener preparado el material y proporcionárselo al equipo médico o de enfermería. Del mismo modo, es muy importante que durante el proceso, el TCAE tranquilice al paciente y pida continuamente su colaboración, puesto que es una sensación muy desagradable para el paciente y cuanto menos se mueva el paciente antes podrá ser colocada.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- 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 148

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO HOSPITALARIO. TIPOS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO

ROSA CARO GARCÍA

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

1 Introducción

Se entiende como aislamiento hospitalario, las actuaciones llevadas a cabo por el personal sanitario y no sanitario de una institución sanitaria ante un paciente portador de un virus, bacteria o microorganismo que puede transmitir una enfermedad mediante gotas, por contacto con el paciente o a través del aire.

El seguimiento de una serie de normas establecidas en los protocolos de aislamiento reduce la posibilidad de propagación de una enfermedad contagiosa dentro del servicio sanitario.

En el ámbito sanitario existe dos tipos de aislamientos generalizados: el aislamiento inverso, en el cual se debe proteger al paciente inmunodeprimido del resto de pacientes y personal sanitario, y el aislamiento común, siendo el personal sanitario y el resto de los pacientes los que deben ser protegidos del paciente portador de la enfermedad.

El personal sanitario que participe en la asistencia médica del paciente deberá mantener una serie de normas de aislamiento centradas en la utilización de un equipo de protección individualizado, para evitar el contagio de la enfermedad y su posterior propagación.

Se entiende como equipo de protección individualizado (EPI), la vestimenta utilizada ante los pacientes que se encuentran en aislamiento. Esta vestimenta estará compuesta por algunos materiales desechables, y por otros materiales que deberán pasar por un proceso de limpieza- desinfección y esterilización en profundidad para que puedan volver a ser utilizados.

2 Objetivos

- Conocer los términos de aislamiento hospitalario y aislamiento inverso.
- Definir el término de prevención de riesgos laborales, el equipo de protección individualizado en el ámbito sanitario.
- Enumerar las normas generales tenidas en cuenta por el personal sanitario y no sanitario ante un paciente con aislamiento 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

Para evitar la propagación de una enfermedad infecciosa, la organización mundial de la salud establece una serie de protocolos sanitarios sobre la actuación ante un paciente portador de una enfermedad contagiosa. Del mismo modo, los

estados y de manera derivada los servicios de salud de las comunidades Autónomas, velan porque estos protocolos de seguridad para evitar la propagación de una enfermedad sean seguidos por el personal sanitario y no sanitario de una institución sanitaria de manera severa y segura tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

Es inevitable que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no este en continuo contacto con el paciente aislado, puesto que es necesario la realización de unas actuaciones diarias para favorecer su recuperación y aumentar tanto su autonomía, comodidad, como su estado de ánimo.

Es por ello, que tanto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como el resto de los profesionales que intervienen con el paciente que se encuentra en aislamiento lleven a cabo una serie de normas generales, establecidas bien por la OMS, el estado o el servicio de salud de cada comunidad autónoma.

Normas generales a tener en cuenta.

- Estar vacunados contra las enfermedades que pueden ser contagiadas al estar en contacto con el paciente. El personal sanitario una vez empieza a desarrollar su actividad profesional en un centro sanitario, debe acudir al servicio de medicina preventiva o salud laboral para realizarse un reconocimiento médico y comprobar la existencia de anticuerpos existentes en su cuerpo ante cierto tipo de enfermedades, en el caso de no tener anticuerpos será necesario ser vacunada contra dicha enfermedades. Las enfermedades más comunes de transmisión son: sarampión, rubeola, parotiditis, tétanos, difteria, hepatitis b, varicela, gripe y covid.
- Realizar un lavado de manos antes, durante y después de estar en contacto con un paciente en aislamiento.
- Utilización de guantes desechables, especialmente si se presenta alguna herida abierta en las manos.
- Eludir el contacto directo de piel con piel con heridas, úlceras, líquidos, secreciones o sangre.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente en aislamiento hospitalario. Tipos de aislamiento hospitalario” nos demuestra que la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente que se encuentra en aislamiento hospitalario por estar en posesión de un virus, bacteria o microorganismo infeccioso es inevitable durante el desarrollo de su

actividad asistencial, lo que es de vital importancia que se tengan en cuenta las consideraciones marcadas por los protocolos sobre la actuación en este tipo de pacientes. Es de vital importancia que todo el personal sanitario mantenga precauciones al manipular a este tipo de pacientes, puesto que de ello depende la propagación de una enfermedad infecciosa o no en el interior del centro sanitario como en el exterior.

6 Bibliografía

- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- 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 149

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) DURANTE LOS CUIDADOS POST- MORTEM DEL PACIENTE FALLECIDO

MIRIAM PARIENTE GONZÁLEZ

CARMEN CÁRDENAS LARA

GEMA ILLESCAS

ROSA CARO GARCÍA

1 Introducción

Se entienden como cuidados post- mortem aquellos cuidados realizados sobre un paciente momentos posteriores a su fallecimiento. Es importante que la actuación del equipo profesional sobre el paciente fallecido sea rápida, puesto que en un periodo muy breve de tiempo empezarán a aparecer los primeros síntomas de rigidez en el paciente, por lo que la actuación de los profesionales se dificultará a la hora de manipular el cuerpo del fallecido.

Es común en el ámbito sanitario la utilización del término éxitus para referirse al fallecimiento de un paciente, apareciendo registrado en los partes de defunción y en los registros oficiales, por lo que será un concepto que deberán conocer todos los profesionales que intervienen con el paciente fallecido.

Cuando el familiar de un paciente da la voz de alarma de que su familiar no respira, el equipo de enfermería inmediatamente llamará al médico responsable

del paciente o al médico de guardia, y le realizará un electrocardiograma para comprobar la actividad cardíaca del paciente. Si no existiera respuesta cardíaca, se deberá esperar la certificación de la muerte por parte del médico para poder preparar el cadáver del fallecido.

Algunos signos que se deben comprobar previas a la realización de un electrocardiograma son:

- Ausencia de respiración.
- Comprobar la salida de aire por boca y nariz.
- Ausencia del pulso.
- Ausencia de la sensibilidad cutánea.

2 Objetivos

- Enumerar los signos comprobados cuando un paciente fallece antes de que el médico pueda certificar la muerte del paciente.
- Detallar el procedimiento realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el amortajamiento del 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

Una vez el paciente ha fallecido y el médico ha certificado su muerte, se procede a preparar el cadáver para que sea trasladado por el servicio funerario para la realización de la autopsia si fuese necesario, o para su velatorio y enterramiento o incineración.

Es importante actuar rápidamente, puesto que una vez el paciente fallece, comienzan a aparecer signos post mortem que dificultan el amortajamiento del paciente. Signos post- mortem a tener en cuenta:

- Algor mortis, conocido de esta manera al enfriamiento del cadáver.
- Rigor mortis, conocido de esta manera a la rigidez del cadáver.

- Livor mortis, conocido de esta manera a la aparición de livideces
- Putrefacción del cadáver. Descomposición de los órganos y tejidos del cadáver creando olores muy desagradables.

Para realizar el amortajamiento al paciente fallecido se necesitará la actuación del equipo de enfermería, el TCAE y el personal subalterno, encargándose cada uno de realizar las funciones acorde a su categoría profesional, independientemente de tener el conocimiento necesario para realizar la función de otra categoría profesional.

Antes de proceder con el amortajamiento, se requiere realizar unas actuaciones previas que facilitan la labor posteriormente.

- Comunicar a los familiares que deben salir de la habitación y esperar en la sala de espera para que puedan realizarse los cuidados post- mortem con la mayor intimidad posible.
- Si el fallecido tenía un compañero de habitación y este puede abandonar la habitación durante el amortajamiento, se le pedirá que abandone la habitación, proporcionando el respeto al fallecido y sus familiares.
- En el momento del traslado del fallecido, se solicitará a todos los pacientes y familiares que se encuentren en el pasillo que se introduzcan en las habitaciones, despejando el traslado de mirones, proporcionando a los familiares del fallecido mayor respeto.
- Acompañar en el sentimiento a familiares y seres queridos del fallecido.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante los cuidados post-mortem del paciente fallecido. Funciones del TCAE durante el amortajamiento del paciente fallecido” nos demuestra las funciones realizadas por el TCAE una vez el paciente ha fallecido.

Es importante recordar que cuando un paciente fallece es uno de los momentos más duros para sus familiares, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, junto al resto del equipo, deberá atender las necesidades de los familiares y acompañantes, mostrando su apoyo en estos momentos tan difíciles. Por otro lado, las actuaciones realizadas sobre el paciente durante el amortajamiento se deberán ejecutar con respeto y dignidad hacia el fallecido y sus seres queridos.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
- Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 150

LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

JAIME PONCE ALFARO

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

1 Introducción

Dadas las características humanas, la necesidad de consideraciones y prácticas humanas se manifiesta en todas las relaciones humanas, incluidas aquellas con los cuidadores.

Los avances en la tecnología médica y los avances en la ciencia pueden reducir el alcance de lo que las personas hacen para cuidar a otras personas. La modernización y la lucha por la eficiencia y el control de los recursos financieros a menudo se han centrado en los aspectos administrativos, financieros y de procedimiento más que en la prestación de servicios de salud basados en la comunidad.

La modernización y la lucha por la eficiencia y el control de los recursos financieros a menudo se han centrado en los aspectos administrativos, financieros y de procedimiento en lugar de la prestación de servicios de salud centrados en

las personas. Siendo la enfermería una profesión social, su finalidad es brindar cuidados holísticos a las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta las características humanas que encarnan las necesidades de cuidado y la realización de las relaciones.

La humanización es el apoyo de las personas y comunidades, basado en reconocer a los demás como iguales en dignidad humana, respetando siempre sus necesidades de salud y el respeto por ellos.

La humanización se vuelve más importante cada día que pasa ya que vivimos en un mundo impersonal donde los individuos son meros consumidores, incluso en el campo médico.

No debemos olvidar que una de las claves del sistema sanitario es el paciente. Debe existir una relación entre el paciente y el profesional que vea y trate al paciente como persona y no como enfermedad.

2 Objetivos

- Relacionar las causas más comunes de deshumanización que afectan a los cuidadores.
- Resaltar la importancia de los servicios humanos para garantizar el derecho a la salud y el bienestar de los pacientes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva en diversas bases de datos, con el objetivo de recopilar la mayor información posible disponible. Se utilizaron artículos, todos ellos consultados en bases de datos como Dialnet, Scielo, Pubmed o revistas como Elsevier. También se realizó una búsqueda en Google académico.

Palabras clave: Humanización, humanización en los cuidados, dignidad, calidad en los cuidados.

Con estos términos se han combinado con los operadores booleanos AND y OR para concretar la búsqueda.

4 Resultados

Se han citado muchas razones desde diferentes campos para la “deshumanización” del sistema de salud.

Nuevas Tecnologías

En los últimos años, el sector salud ha sufrido un proceso de deshumanización con el desarrollo cada vez más eficiente de la tecnología, lo que lleva al reduccionismo y a la realización de la salud. Un ser humano que vive al cuidado de un paciente ante la enfermedad. Valores como la confianza, la empatía, la solidaridad y la atención individualizada se han perdido en el ámbito médico. Necesitamos ver la tecnología como una herramienta, como una alternativa a todo el proceso de cuidado que puede humanizarse o deshumanizarse según la finalidad. Así que no es la tecnología en sí misma la que deshumaniza, es la gente.

La dificultad del sistema

El proceso asistencial es tan complejo que el propio procedimiento puede considerarse más importante que la propia decisión o el resultado final. Esta complejidad conduce al hacinamiento, la despersonalización, las demoras excesivas y otros efectos nada satisfactorios que ocasionan que la persona se convierte en un objeto de experimentación, en el cual los pacientes son atendidos en cadena, dando importancia a la resolución directa y rápida del problema en lugar de centrarse en el por qué se ha generado esa situación y valorar las diferentes fases del proceso para poder entender muchas de las causas que nos llevan a desarrollar procesos de enfermedad.

Especialización

La sobreespecialización de las actividades sanitarias ha llevado a una visión unilateral y fragmentada del paciente. Cada vez más, los pacientes son considerados un conjunto de patologías separadas entre sí, una serie de procesos independientes, cada especialista fijando su parte, sin una visión global, más que un proceso combinado en sí mismo. En este caso, nos encontramos ante un factor de deshumanización, donde cada especialista se preocupa por realizar su trabajo, centrándose en los aspectos científico-técnicos, olvidando la dimensión humana de la asistencia sanitaria.

La perspectiva mercantilista

Una de las causas de la deshumanización de la medicina es la priorización de los objetivos económicos sobre el objetivo final de mejorar la salud de los pacientes. Dicho esto, normas económicas que pueden remediarse, como el abusivo sistema de patentes que impide la financiación pública de algunos medicamentos, aseguran que los pacientes deben recibir la atención que les beneficia es un hecho.

Complejidad profesional

Los profesionales se enfrentan cada vez más a personas conocedoras y exigentes que tienen altas expectativas de sus sistemas. Además, los trabajadores sanitarios están expuestos a un entorno amenazante, miedo a las quejas y reclamaciones, posibles juicios por mala praxis, conflictos de competencia, etc., así como a unas condiciones de trabajo autoexigentes, que conducen a un desgaste profesional. Pueden involucrarse en prácticas de enfermería que crean frustración, desilusión y apatía.

Negación del sufrimiento

Tendemos a equiparar el dolor con el sufrimiento. El dolor y el sufrimiento son comunes entre personas con la misma enfermedad, pero no siempre son los mismos. Un dolor persistente y punzante puede causar sufrimiento, pero el sufrimiento no es necesariamente causado por el dolor (especialmente si el dolor es de corta duración o forma parte del proceso de curación).

Con nuestro sistema de salud actual, el dolor se puede prevenir en un 95 %. Sin embargo, el sufrimiento puede existir independientemente del dolor y se define como "efectos secundarios causados por el dolor, el miedo, la ansiedad, el estrés, etc." El sufrimiento, por lo tanto, también se medicaliza, ya que ambos términos se combinan y se tratan de la misma manera.

Desigualdad

El concepto de desigualdad en salud implica que todos los ciudadanos deben tener garantizado el acceso igualitario a los recursos públicos de salud, médicos, medicamentos, asistencia, etc., en condiciones similares. El problema es su cohesión y falta de cohesión, lo que a menudo marca una gran diferencia en los

tiempos de espera para la atención, las instalaciones, el acceso a los servicios y las prestaciones.

Para lograr esta ayuda más “humanitaria”, se han desarrollado en varios municipios los llamados planes de humanización, en los que se definen e implementan estrategias e intervenciones de acuerdo con las opiniones y sugerencias de los actores. Satisfacer sus necesidades, demandas y expectativas en cuanto a la humanización de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Humanizar el cuidado es un valor claro e intrínseco, así como los pacientes y los profesionales son actores importantes en un sistema de transparencia y sostenibilidad.

Esto es útil en todas las áreas de desarrollo profesional de la salud.

- Muy importante en la gestión ya que muestra la mejor manera de organizar los recursos de ayuda humanitaria disponibles.
- Hay dos cuestiones clave en el cuidado de la salud. Se trata de cambiar la perspectiva biomédica, respetar a los demás y utilizar la tecnología, no la tecnología, en el cuidado. Esto permite una comunicación clara y flexible en la relación profesional con los pacientes. Además, existe la necesidad de reevaluar la importancia de la atención continua de soporte vital en lugar de centrarse únicamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Educación enfatiza la importancia de tratar a los estudiantes con empatía y respeto, independientemente del diagnóstico y el tipo de atención buscada para ese diagnóstico. El proceso de enfermería debe convertirse en un trabajo más gratificante para todos los involucrados.

En el proceso de humanización de la salud es importante cambiar las estructuras organizacionales y los comportamientos no sólo de quienes brindan los servicios de salud, sino también de quienes desarrollan políticas y programas de salud y educación. Para lograr la mejora institucional, estos cambios estructurales deben involucrar a todos los sectores a nivel político, social y cultural. No se trata solo de difundir información y generar comunicación, sino también de introducir mecanismos, herramientas y medios participativos que se puedan lograr no solo en los

campos de la humanidad y la compasión, sino también cambiando la realidad que nos rodea.

La voluntad de brindar un servicio de calidad no es suficiente, sino que la nueva organización y los enfoques son esenciales para lograrlo.

6 Bibliografía

1. Llanes G, Bejarano D, Ponce C. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. 2018;1:23–31.
2. Gil I, Paz P, Martínez G, López A, Susana A, Vázquez M, et al. La humanización de la asistencia sanitaria y su comunicación a través de la responsabilidad social = The humanization of health care and its communication through social responsibility. 2018;9(1):54–63.
3. Plan de humanización para aumentar la calidad de la práctica clínica y la satisfacción entre profesionales y pacientes. Noticias de la Junta de Andalucía. 15/02/2019; Salud.
4. Servicio Gallego de Salud [Internet]. Santiago de Compostela: Gerencia de Gestión Integrada; 2018. Atención al Paciente y Humanización. Disponible en: <https://xxisantiago.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=410&migtab=214%3B410&idTax=2108&idioma=es>
5. Gonz L, Velandia-mora AL. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Humanization of nursing care. From education development to clinical practice. 2009.

Capítulo 151

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud más grandes del mundo y se dice que es obeso cuando el peso de un niño es más alto que su peso saludable. En los últimos años, la obesidad infantil ha aumentado en los países desarrollados. Hace unos años, la OMS informó que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad. No todos los niños con sobrepeso tienen la misma estructura corporal y algunos tienen estructuras óseas más grandes. Por lo tanto, los médicos usan tablas de crecimiento, índices corporales basados en el peso u otros tipos de pruebas para determinar si tiene sobrepeso. . La obesidad es una condición crónica y grave, ya que puede conducir a otros problemas de salud

como diabetes, presión arterial alta y enfermedades cardiovasculares desde una edad temprana. El sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 y la obesidad con un IMC igual o superior a 30 son enfermedades prevenibles con hábitos alimentarios saludables. La raíz de estos problemas de salud es un desequilibrio entre la ingesta de energía y el gasto de energía. Según los datos de obesidad de nuestro país, el 40,6% de la población infantil tiene sobrepeso.

2 Objetivos

- Comparar las tasas de obesidad y sobrepeso infantil en España con las de otros países.
- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con estos pacientes.

3 Metodología

Para profundizar en este artículo, se eligió el tema 'Mantenimiento de técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la obesidad y el sobrepeso infantil' y se realizó una búsqueda de varios artículos. Se utilizaron bases de datos científicas como Medline, Pubmed y Sielo para seleccionar información de artículos científicos y guías actualizadas de publicaciones científicas revisadas. Palabras clave: obesidad, sobrepeso, IMC (índice de masa corporal).

4 Resultados

Para reducir la prevalencia de la obesidad infantil y el sobrepeso en la sociedad, es importante desarrollar planes y políticas para prevenir el aumento de peso. Para ello, los colegios deben promover talleres de temática nutricional sobre hábitos saludables. Al igual que los comedores escolares, promovemos una alimentación saludable, evitamos los alimentos procesados y, lo más importante, involucramos a las familias en el fomento de un estilo de vida saludable que les beneficie a lo largo de su vida. Se ha observado que los niños entre las edades de 6 y 13 años son los más obesos, ya que la obesidad es más frecuente en familias con un nivel socioeconómico más bajo y un rendimiento académico más bajo.

-Es importante limitar la ingesta de alimentos poco saludables que contengan exceso de azúcar, sal y grasa.

- Realizar cinco comidas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena), ya que se ha observado sobrepeso en niños que no desayunan o que no desayunan.
- Evitar consumir: Productos procesados, bollería industrial.
- Comer frutas y verduras todos los días y le ayudará a su bienestar.
- Fomentar la actividad física diaria y, participe en 30 minutos de deportes como nadar, correr o caminar todos los días. En otras palabras, evite un estilo de vida sedentario, ya que la mayoría de los niños priorizan los videojuegos y la televisión sobre la actividad física. Siguiendo estas pautas, ayudamos a los niños a desarrollar hábitos y hábitos alimenticios saludables y mantenerse en buena forma física y mental. Esto ayuda a prevenir las muchas enfermedades que eventualmente pueden volverse crónicas, como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los accidentes cerebrovasculares, debido a la obesidad y el sobrepeso.

5 Discusión-Conclusión

La medida antropométrica más utilizada es el IMC. En España, los resultados muestran que el sobrepeso se ha estabilizado y estancado. Sin embargo, se observó un ligero aumento de la obesidad en las niñas. Por lo tanto, existe la necesidad de intervenir con el público a través de la educación para la salud, sin olvidar el entorno social, cultural y económico de los niños y sus familias. Para prevenir la aparición y progresión de diversas enfermedades, es muy importante demostrar el desempeño profesional desde la juventud. Los años escolares se consideran el mejor momento para practicar comportamientos saludables, que pueden continuar hasta la edad adulta. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ofrece apoyo y muchas pautas para seguir e implementar una dieta más saludable y adecuada. Fomentar la actividad física como caminar, correr al aire libre y evitar el sedentarismo. El resultado final: viva una vida más saludable en todos los sentidos.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.google.com

Capítulo 152

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN: PRINCIPALES FUNCIONES

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

LAURA GARCIA NAVARRO

1 Introducción

Las etapas de esterilización son: recepción, clasificación, lavado, secado, inspección, preparación, empaque, exposición al método de esterilización, almacenamiento y distribución.

A nivel hospitalario, la seguridad de los equipos clínicos reutilizables es fundamental para evitar el riesgo de infección y transmisión de enfermedades. Para ello se han desarrollado protocolos de esterilización de todos los materiales de este tipo, que incluyen la limpieza, desinfección y esterilización. El Técnico en Cuidado Auxiliar de Enfermería es el responsable de esta desinfección y debe conocer los protocolos y procesos necesarios para reducir la carga microbiana.

Dentro de estos procesos, podemos hablar de términos como descontaminación (comprobable mediante un control de calidad totalmente documentado y conservación). Las responsabilidades o funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería incluyen:

- Estar capacitado en los conceptos básicos de esterilización y aplicar y comprender las técnicas y etapas del proceso de descontaminación (preparación, limpieza y desinfección, enjuague y secado, limpieza e inspección visual del estado). (Materiales y función, protección del producto, identificación y registro, empaque, esterilización, verificación y almacenamiento)
- Lea todas las instrucciones del fabricante para los procesos de limpieza, desinfección, acondicionamiento y esterilización de cada material para evitar errores. Es importante reconocer la definición de desinfección, “un procedimiento que elimina prácticamente todos los microorganismos patógenos”.

2 Objetivos

- Comprender las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los servicios de esterilización y analizar varios conceptos y métodos de esterilización que existen.

3 Metodología

Para brindar este detalle se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se buscaron libros, videos y artículos en las principales bases de datos Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, en este caso seleccionados de publicaciones científicas revisadas sobre temas como esterilización, áreas estériles, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y función.

4 Resultados

Los instrumentos quirúrgicos y los instrumentos hospitalarios reutilizables suelen ser artículos caros, sofisticados y muy delicados, por lo que es importante un mantenimiento cuidadoso. Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar un proceso de esterilización (limpieza, desinfección, esterilización). Estos son los pasos del proceso:

1. Limpieza previa y desinfección previa: Los instrumentos deben sumergirse (después de su uso) en agua alcohólica para eliminar los residuos y permitir su poste-

rior limpieza, desinfección y esterilización. Si es necesario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarma o abre el equipo contaminado y elimina la materia orgánica visible con agua a presión.

2. Limpieza: Se puede realizar manualmente (utilizando un cepillo suave, desinfectante antibacteriano o detergente neutro pH 7,0 y agua tibia a una temperatura de 40 °C para limpiar los instrumentos. En este caso, se aplica técnico en cuidados auxiliares de enfermería a las partes removibles pagado). Limpieza La limpieza se puede realizar de forma automática (utilizar una lavadora con un proceso mecánico de limpieza y desinfección validado según la norma EN ISO 15883 se considera uno de los métodos más seguros). Otra opción es la desinfección por ultrasonidos (no utilice detergentes, estropajos, disolventes ni cepillos metálicos. En su lugar, coloque el instrumento en un baño de ultrasonidos con solución desinfectante y agua hirviendo a 40 °C durante 15 minutos).

3. Desinfección: Se debe seleccionar un desinfectante químico que se aplique por tres métodos: frotamiento, inmersión y evaporación.

4. Enjuague y secado: los instrumentos deben enjuagarse dos veces con agua purificada para que se sequen correctamente después.

5. Lubricación: Protege el equipo contra la corrosión, el óxido y las picaduras.

6. Esterilización: Asegura la destrucción de microorganismos para evitar infecciones. Elaborado con vapor a 134 °C.

5 Discusión-Conclusión

Después de revisar las referencias necesarias, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería debe conocer el protocolo de esterilización para poder realizar a cabalidad todos los pasos contenidos en el mismo y realizar las funciones propuestas dentro de la unidad de esterilización, se puede resumir que existe Todo el personal que labora en la unidad de esterilización debe estar capacitado y preparado para ello y comprender la importancia de realizar de manera integral cada proceso. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son el personal que realiza una adecuada limpieza, desinfección y esterilización de todo el material utilizado en los hospitales.

6 Bibliografía

-www.revistamedica.com

-www.google.com

Capítulo 153

PROTOCOLO HOSPITALARIO Y MEDIDAS EN EL QUIRÓFANO JUNTO CON LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

VANESA FERNÁNDEZ DACRUZ

1 Introducción

Un quirófano es una sala que está adecuada en el interior de las instalaciones sanitarias del medio hospitalario para realizarles las intervenciones quirúrgicas u operaciones a los pacientes que lo necesiten por su estado de gravedad de su salud que pueda correr riesgo.

En este lugar, hay unas medidas de higiene y seguridad establecidas por el gerente o superior del hospital, donde todo el personal sanitario que trabaja en esta instalación debe de cumplir para el correcto funcionamiento:

- Esta sala de operaciones debe de estar entera blindada sin que exista el paso del aire por ningún lado.
- No puede estar cerca del resto de instalaciones del hospital porque no puede existir ni la menor gotita de contaminación que pueda ser altamente contaminante para el paciente que esté siendo sometido a una intervención quirúrgica.
- En la sala de operaciones, solo puede acceder los profesionales sanitarios adecuados que vayan a realizar o a participar en la operación, para acceder necesitan un justificante que lo acredite.

-El personal de limpieza debe de realizar las limpiezas y desinfecciones en profundidad, eliminando todo tipo de microorganismo o agente patógeno que sea contaminante y ponga en riesgo la salud del paciente durante el proceso de su operación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el interior del quirófano hospitalario.

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 camilla o mesa de operaciones, debe de estar situada en el medio de la sala o quirófano para la mayor comodidad de los profesionales sanitarios y que pueda estar conectado a las máquinas que controlen sus constantes vitales como la temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial... u otro tipo de aparatos que le ayuden a tener al paciente monitorizado durante el proceso. A la hora de que el personal de edificación o de obra vayan a construir este sala, deben de tener en cuenta el ambiente que debe de haber, libre de todo microorganismo mediante la construcción de los sistemas adecuados para que el personal pueda desarrollar sus funciones de forma adecuada con la sala de operaciones adaptada a las condiciones y necesidades tanto de los pacientes como del personal sanitario, facilitando sus cambios posturales con material ergonómico, como sillas regulables, camilla regulable, luces ajustables... para que durante el proceso de la intervención, estos se sientan cómodos y puedan desarrollar su trabajo de forma adecuada y exitosa.

El ambiente de este lugar, debe de ser lo más estéril posible para que no existe ni la menor contaminación causada por agentes patógenos o microorganismos altamente nocivos o perjudiciales en la salud del paciente.

La limpieza y desinfección debe de ser realizada varias veces en profundidad después de cada intervención quirúrgica u operación a cada paciente, para evitar el contagio de cualquier enfermedad o infección que posea algunos de los pacientes que hayan pasado por ahí.

El TCAE, debe de colocar todo el material que va a ser usado dependiendo del tipo de operación que sea, también esterilizarlo y colocarlo por orden en su almacén, controlar que las constantes vitales estén adecuadas, movilizaciones o cambios posturales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir este proyecto de investigación sobre el protocolo hospitalario y funciones del TCAE, este servicio atiende todas las intervenciones quirúrgicas u operaciones que los pacientes requieran para solucionar algún problema de salud que sea dañino en su salud, causándole daños o el empeoramiento si esta enfermedad no es tratada a tiempo por los profesionales sanitarios.

Los profesionales que realizan intervenciones quirúrgicas, tienen que tener una formación sanitaria adecuada y especializada junto con un perfil que se le pueda otorgar un puesto en este medio, siendo consciente de la alta responsabilidad que conlleva trabajar en las inmediaciones de este servicio hospitalario.

6 Bibliografía

Bishop, WJ (1995). The Early history of surgery. Barnes & Noble. ISBN 1-56619-798-8

K.-H. Tscheliessnigg: Der Hybrid-OP-Saal als multifunktionaler Therapieraum der Zukunft – Interdisziplinarität, bildgeführte Therapie, Integration medizinischer Technologie wie CT, Angiographie, Navigation und Robotic in: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology 2010; 17 (7–8), 285–292

DIN 1946-Teil4 Raumluftechnische Anlagen in Krankenhäusern, VDI 6022 Hygiene-Anforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte.

Capítulo 154

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

Las urgencias pediátricas están ubicadas dentro del servicio de las urgencias hospitalarias del centro hospitalario, y se atienden a aquellos pacientes que acuden a la misma, en una franja de edad hasta los trece años, incluidos estos.

Por lo tanto, las urgencias pediátricas atienden a los niños y niñas que no alcanzan la edad de catorce años, siendo la labor del equipo de profesionales que laboran en la unidad un trabajo muy delicado y de esmerado servicio.

Las urgencias pediátricas, aunque son unidades dentro del servicio de urgencias hospitalarias, tienen su propia entrada, anexa a aquellas, pero separadas, para que los pacientes adultos no tengan contacto con los más pequeños y evitar el contagio entre los mismos.

Las urgencias pediátricas están dotadas de boxes, camillas y un box de observación, dentro de la propia unidad, y permite la estancia de ambos progenitores con sus pacientes.

El equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios, está compuesto, por pediatras, enfermeras, celadores y tcaes, y a veces recibe la visita del cirujano pediátrico cuando las circunstancias lo requieren.

En este capítulo se verán las funciones que el Tcae destinado en la unidad realiza diariamente en los turnos de mañana, tarde y noche.

2 Objetivos

-Describir el trabajo que realiza el Tcae en las urgencias pediátricas.

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 la unidad de las urgencias pediátricas se atienden pacientes que están en una franja de edad, desde un día, hasta los trece años. Estas características de estos pacientes obliga a la unidad a que su equipo profesional esté bien formado en la atención a neonatos y niños y niñas, y el Tcae, en esta situación está a la altura de estas circunstancias. Los pacientes, niños, hay que tratarlos con un esmero especial, y el Tcae sabe que son pacientes complicados de atender. El Tcae sale a la sala de espera y pregunta a los padres de los niños cual es la causa de su venida a urgencias, toma nota, y si es necesario, con el termómetro les toma la temperatura, anotando todos estos datos en la hoja clínica del paciente, que posteriormente pasará a la enfermera.

El Tcae llama por orden de prioridad a los pacientes, ubicándolos en la sala correspondiente, y colabora con la enfermera en caso de curas por caídas, o en la colocación de vía intravenosa, con la ayuda del celador y de una sabana bajera, para sujetar al infante.

En caso de presentar algún niño rotura o descolocación de algún miembro, muñeca, codo, hombro, colabora con el traumatólogo infantil en la colocación del miembro en su lugar, sujetando al niño, para que la colocación sea la correcta.

El Tcae llama al celador destinado en la unidad, en caso, de traslado de alguna muestra biológica o en el traslado de los pacientes a las pruebas diagnósticas, siendo función del Tcae, revisar cómo está el paciente, si porta vía, o cualquier otro aparataje.

En el box pediátrico de observación, que está dentro de la unidad, el Tcae, estará continuamente observando al paciente, entrando y saliendo, y procurando que los padres se mantengan todo el tiempo en el mismo, sin entradas y salidas incontroladas.

El Tcae prepara los tubos las diferentes analíticas a la enfermera encargada del niño, y las pruebas PCR en caso necesario, avisando rápidamente al celador para su traslado al laboratorio.

EL Tcae coloca el almacén de la unidad, procurando que las existencias que tiene estén siempre en cantidad de pacto, es decir, las asignadas por gerencia a la unidad, así como la ropa textil, de sabanas y demás prendas necesarias.

5 Discusión-Conclusión

El Tcae en la unidad de las urgencias pediátricas tiene que conocer exactamente qué tipos de pacientes son atendidos en la misma, los niños, por lo que tiene que ser una persona paciente y simpática, para poder atender a los mismos. Son pacientes difíciles de atender y el Tcae tiene que estar en posesión de las técnicas adecuadas para ello, colocación correcta, sujeción suave pero contundente, etc. Al ser una unidad especial, el Tcae tiene que estar continuamente formándose en el trato y atención a los niños, siendo el objeto prioritario de la unidad la atención asistencia y sanitaria sin que el niño se dé cuenta de ello.

Además el Tcae, tiene que poseer otra virtud, la empatía, hacia los padres, pues muchos de los mismos, los primerizos, se ponen muy nerviosos ante el malestar de sus hijos, y esto provoca, en ocasiones, momentos de conflicto que el Tcae debe saber resolver positivamente.

6 Bibliografía

1. TCAE en urgencias pediátricas. Disponible en: <https://asesoresformacion.es>

2. El auxiliar de enfermería en urgencias de un hospital. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.es>

Capítulo 155

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS DE NEUROLOGÍA

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

Las pruebas especiales de neurología ofrecen dentro del servicio de neurología el diagnóstico y comprobación del buen funcionamiento del sistema nervioso de los pacientes. Existen muchos tipos de pruebas neurológicas, que pueden variar en su complejidad, dependiendo de aquello que se desee evaluar o buscar en el paciente.

El buen funcionamiento del sistema nervioso de los pacientes depende de indicadores como la edad, el estado de salud, las enfermedades crónicas, etc., y las pruebas de neurología intentan descubrir tempranamente estas alteraciones del sistema nervioso para anticiparse al deterioro posterior del mismo.

El neurólogo intenta observar con la realización de las pruebas de neurología el estado mental del paciente, el nivel de consciencia que tiene, sus reflejos, las capacidades motoras del mismo, las capacidades sensoriales, el nivel de equilibrio, la coordinación y el buen funcionamiento del sistema nervioso. Por lo tanto ante tantos ítems, existen multitud de pruebas.

De este modo, la angiografía cerebral o arteriografía, intenta descubrir las alteraciones vasculares que existen en el cerebro, que podrían dar lugar a un aneurisma cerebral o un ictus. El encefalograma que intenta mediante la monitorización cerebral, con electros colocados en la cabeza, descubrir el funcionamiento de los vasos sanguíneos en el cerebro.

En las pruebas de neurología, además del neurólogo, desarrollan su labor la enfermera y el Tcae.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el Tcae realiza en las pruebas de neurología.

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

Los pacientes acuden a las salas de las pruebas de neurología con la cita programada de antemano, que el propio neurólogo u otro especialista, ha programado en su agenda. El Tcae, con el listado diario de los pacientes programados, va nombrándolos, uno a uno, e indicando la puerta por la que deben entrar, en función, del tipo de prueba a realizar.

Una vez en la sala, el Tcae, ayuda al paciente, a colocarse correctamente en la camilla de la sala, en la posición adecuada, dependiendo de la prueba. El Tcae coloca los electrodos en la cabeza del paciente y los conecta a un encefalógrafo, que irá sacando la gráfica de los movimientos del sistema nervioso central del

paciente. El neurólogo, con el gráfico obtenido, informa los resultados, tanto si es para él mismo, como si el informe es derivado a otro especialista.

En la sala de las pruebas, el Tcae, coloca y retira la sabanilla que cubre la mesa de exploración, y recoge todos los utensilios utilizados en cada una de las pruebas, geles, paños, papel, etc.

En todas las salas, el Tcae, tiene acopio de los materiales y utensilios necesarios para cada una de las pruebas a realizar, así como, enchufa y desenchufa todos los aparatos necesarios.

El Tcae prepara todas las cintas con los electrodos necesarios, ya sea para colocación en las extremidades, como en la cabeza del paciente, cambiando frecuentemente dichos electrodos por otros nuevos.

En ocasiones, siguiendo el protocolo de ictus, implementado en el servicio de urgencias hospitalarias, suben a un paciente con sospecha de ictus hasta las salas de pruebas, para la realización de un electroencefalograma. En estos casos el paciente sube con la camilla de urgencias, y el Tcae de pruebas de neurología, ante la prioridad del caso, debe desalojar la sala de espera y la sala de la prueba, sacando la mesa de la misma, para la entrada del paciente de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones y labores del Tcae en las pruebas de neurología son variadas. En esta variedad el Tcae tiene que tener la formación necesaria para conocer todos los tipos de pruebas realizadas, nombres de las mismas, miembros que se desean explorar, y los instrumentos y aparatos utilizados en la realización de las mismas. El Tcae debe priorizar los casos que tenga en la sala de espera, puesto que estos pacientes, vienen con alteraciones del sistema nervioso y muchos sufren desmayos y caídas in situ, máxima será la priorización cuando se trata de paciente que acude del servicio de las urgencias hospitalarias.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en este servicio y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario .

6 Bibliografía

1. La labor del TCAE en las pruebas neurofisiológicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El trabajo de un TCAE en una planta unidad de ictus. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. Valoración neurológica por enfermería. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 156

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PRUEBAS OFTALMOLÓGICAS DE AVASTINES

LAURA ZARZA AVILA

FELICIDAD MEZCUA LOPEZ

SILVIA ELENA ARCUS

CRISTINA CENCERRADO RUIZ

MIRIAM ABAD LÓPEZ

1 Introducción

El servicio de oftalmología del centro hospitalario ofrece una serie de pruebas generativas, como en el caso de las inyecciones intravítreas, más comúnmente llamada prueba de avastines, porque recibe el nombre comercial del medicamento que se utiliza, el bevacizumab (Avastin)

Este medicamento además de usarse en oftalmología se utiliza para tratar cierto tipo de cáncer, por lo que su uso, requiere de un protocolo muy estudiado y comedido. En oftalmología se utiliza para detener los síntomas de la degeneración macular húmeda, es decir, lo que en lenguaje coloquial, se conoce, como el “ojo seco”.

Además de estos usos el bevacizumab se usa en oftalmología para el tratamiento de la de la enfermedad ocular diabética y enfermedades de la retina.

La inyección que se pone por la pupila trata de solventar todas estas enfermedades oculares. El método es que el oftalmólogo anestesia y el ojo y acto seguido inyecta con una aguja fina y larga el medicamento en el ojo. El tratamiento puede ser de varias inyecciones, hasta que los resultados sean visibles.

El servicio de oftalmología dispone de un pequeño quirofanillo donde se realizan las intervenciones, y el equipo humano que desarrolla esta labor está compuesto por el oftalmólogo, enfermera, Tcae y celador.

2 Objetivos

-Describir las funciones que el Tcae realiza en la prueba de avastines en el servicio de oftalmología.

3 Metodología

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

El Tcae en la prueba de avastines ejecuta las agendas de las citaciones de los pacientes, y aunque se piense lo contrario, es una prueba que diariamente acuden muchos pacientes, con una media de treinta pacientes diarios, lo que exige que el Tcae tenga que llamar el día anterior a la cita a toda la programación existente en la agenda.

El Tcae prepara el día anterior toda la medicación necesaria para el día siguiente, realizando el pedido del bevacizumab al servicio de farmacia hospitalaria, que lo prepara en la campana de presurización, siendo estos pedidos revisados y firmados, tanto por el jefe de servicio de oftalmología, como por el farmacéutico del servicio de la farmacia hospitalaria, debido al alto coste económico de cada inyección.

Los pacientes programados acuden a su cita y esperan ser llamados por el Tcae, que sale a nombrarlos, acompañándolos al vestuario, donde se despojarán de sus ropas y se pondrán una bata, un gorro y unas calzas, para poder entrar al quirófanillo.

Una vez dentro el quirófanillo, el Tcae colabora en la colocación del paciente en la mesa del mismo, siempre en posición de decúbito supino, hasta que el oftalmólogo, pinche, primeramente el líquido de anestesia local y después el avastin.

Una vez terminada la inyección, el Tcae, colabora con el paciente a dirigirse hasta el vestuario para recuperar su ropa de calle y lo acompaña hasta la salida. Este protocolo de acompañamiento debe durar hasta que el paciente abandona la prueba, pues muchos pueden sufrir mareos o desmayos.

El Tcae en avastines siempre tiene el almacén del mismo surtido de batas, calzas y gorros, y de sabanillas que son las que el Tcae coloca en la mesa de la prueba para cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Tcae de avastines realiza un trabajo fundamental en las pruebas de oftalmología, siendo parte importante integrante del equipo de profesionales del servicio. El Tcae tiene una responsabilidad muy importante en las programaciones de las agendas de los pacientes del medicamento, puesto que en las llamadas que realiza días anteriores a la misma, debe ser insistente con la presencia del paciente el día programado, puesto que las inyecciones, cargadas en el servicio de farmacia, son considerados medicamentos citostáticos, serán desechados, teniendo tal alto coste, alrededor de mil quinientos euros cada inyección, si el paciente no acude, suponiendo una pérdida económica irreparable para el centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Inyecciones intravítreas. Disponible en: <https://revistadeinvestigacion.com>
2. Intervención de enfermería en el tratamiento con bevacizumab. Disponible en: <https://es.scribd.com>
3. El papel del Tcae en la inyección intravítrea. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 157

LA UNIDAD DE QUEMADOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

1 Introducción

La piel proporciona una barrera física al cuerpo para prevenir infecciones e invasiones microbianas. Cuando una quemadura rompe esta barrera, los microorganismos invadirán y atacarán la piel a través de la herida abierta, cambiando así la barrera inmunológica.

Debido a la ansiedad de los pacientes ante el dolor, la deformidad y limitación de movimiento, y la inseguridad de reintegrarse a la sociedad, la atención al paciente quemado es y seguirá siendo un desafío para los Técnicos de Enfermería

Complementaria de Enfermería (TCAE) en su día a día
Posibilidad de rechazo.

Las agresiones térmicas dan lugar a respuestas metabólicas más elevadas que son más pronunciadas que otros tipos de agresiones y traumas. Las quemaduras producen una degradación proteica excesiva mediada por respuestas hormonales relacionadas con la superficie corporal quemada, aumenta la resección quirúrgica de las quemaduras, el gasto energético, la presencia de infecciones y se acompaña de un aumento del consumo de oxígeno.

Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado. Este aporte nutricional se realizará por vía gástrica, ya sea por sonda nutricional nasoduodenal o nasogástrica cuando se den varios factores que coincidan una situación de riesgo nutricional como son: Intensidad de estrés catabólico, disminución del apetito intubación endotraqueal, etc.

2 Objetivos

Describir los aspectos a tener en cuenta y la aportación del TCAE en la tarea de alimentación e hidratación en los pacientes quemados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE. Un aporte nutricional precoz es un pilar en el tratamiento del paciente quemado debido a la degradación exagerada de proteínas que producen las quemaduras y a una respuesta hipermetabólica muy marcada por la agresión térmica. Este tipo de pacientes requiere una dieta hipercalórica e hiperproteica, que será solicitada por el TCAE.

Existen diferentes vías para aportar los nutrientes necesarios que necesita el paciente. Las más habituales en el paciente quemado son:

- Vía parenteral: para pacientes que no pueden recibir nutrición enteral por intolerancia digestiva de la dieta o para aquellos que no alcanzan las necesidades nutritivas necesarias.
- Vía enteral: vía óptima para administrar los nutrientes necesarios ya que suele ser bien tolerada por el paciente, preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene el aporte calórico, reduce el grado de respuesta hipermetabólica al estrés, evita el fenómeno de traslocación bacteriana y produce menos complicaciones e infecciones.
- Vía oral: constituye la forma de nutrición más fisiológica y requiere la colaboración del paciente que debe tener un adecuado nivel de consciencia y reflejo de deglución.

La nutrición del paciente quemado es una de las tareas asistenciales fundamentales del TCAE, somos los encargados de:

Al ingreso, una vez terminada la cura y acomodado el paciente en la habitación, le preguntamos sobre sus gustos alimenticios. Verificar por orden médica la dieta prescrita. Si el paciente no sufre ninguna enfermedad lo más probable es que sea una dieta hipercalórica e hiperproteica. En nuestra unidad existe un programa informático para la petición de dietas en las que elegiremos el desayuno, comida, merienda y cena.

Preparación del paciente para la ingesta:

El TCAE incorporará la cama hasta conseguir una postura adecuada y cómoda para el paciente. Le preguntará qué le apetece comer. El TCAE se encargará de elegir los alimentos más convenientes y triturarlos si el paciente los requiere. En la ingesta se pueden dar cuatro situaciones según las zonas quemadas y el estado del paciente:

- Paciente autónomo: se le colocará un protector, para evitar que le caigan restos de comida en la cura y en la cama que le puedan incomodar. Se le pondrá la mesa y se colocarán los platos, cubiertos, pan, el agua, el batido hiperproteico y se le facilitará la medicación oral que tenga prescrita, colocándoselo todo a mano.

Aprovecharemos para escuchar y hablar al paciente.

- Paciente parcialmente incapacitado: se realizará el mismo proceso que con el paciente autónomo pero, el TCAE le ayudará a partir la comida, pelar y trocear la fruta y a la vez se le enseñará a coger los cubiertos de la forma más adecuada para que no se le caiga la comida. Al principio estos pacientes se sienten frustrados, nuestra labor es darles confianza en sí mismos, animarles e intentar que coman solos. Al principio no podrán hacerlo todo ellos solos ya que sufren dolor y los

vendajes les impide la movilidad necesaria, por eso debemos estar con ellos para ayudarles, escucharles y animarles en esos momentos bajos que tiene el paciente.

- Paciente incapacitado totalmente: actuaremos de la misma forma que con el paciente parcialmente incapacitado, pero dándole el TCAE la comida. Comprobaremos que la temperatura de la comida es la adecuada, no le daremos mucha cantidad de una sola vez para evitar atragantamientos, le ofreceremos agua, evitaremos la sensación de tener prisa.

- Paciente traqueostomizado con cánula estándar (con balón de baja presión): se le pedirá la dieta prescrita por el médico, se incorporará la cama entre 45 - 60° para evitar regurgitaciones, comprobaremos que la presión del balón de la cánula esté a 30mmhg, mantendremos preparado y en funcionamiento el equipo de aspiración, tendremos siempre a mano una cánula limpia para qué, en caso de emergencia, nos permita una rápida sustitución y una eficaz ventilación. Comprobaremos la temperatura de los alimentos antes de dársela. Le explicaremos lo que va a comer, le ofreceremos agua, procuraremos que el paciente se sienta cómodo. Mantendremos al paciente incorporado durante 20- 30 minutos después de finalizada la comida para evitar que se produzca una broncoaspiración.

Finalizada la ingesta, en todos los pacientes:

Retiraremos los platos de la mesa y los colocaremos en la bandeja. Limpiaremos la mesa y acercaremos los utensilios para la limpieza bucal. En los pacientes que no pueden realizarla por ellos solos lo realizará el TCAE. Acomodaremos al paciente en la posición funcional adecuada. Registraremos en la gráfica la ingesta, los líquidos y el batido hiperproteico tomados. Se comunicará a la enfermera responsable cualquier incidencia que surja.

5 Discusión-Conclusión

La ingesta nutricional temprana de los pacientes quemados es esencial para la curación. La nutrición del paciente quemado es una de las tareas básicas de enfermería de TCAE, además de brindarle e informarle sobre los alimentos necesarios para la curación, también escucha y habla con los pacientes porque es un momento de relajación para él.

El cuidado del paciente con quemaduras es y seguirá siendo un reto para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por la ansiedad que presenta el paciente ante el dolor, la deformidad y la limitación de la movilidad, así como por la inseguridad para reintegrarse a sus actividades cotidianas y ante la posibilidad existente al rechazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 158

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES QUE SUFREN UN ATAQUE DE EPILEPSIA

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

1 Introducción

La epilepsia se trata de un trastorno derivado del mal funcionamiento de un grupo de neuronas que se produce en una zona del cerebro y de una manera esporádica.

Según la League Against Epilepsy, se considera que una persona tiene epilepsia cuando sufre una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente para generar crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición siendo posible su diagnóstico tras una crisis aislada (no provocada).

Clasificada como enfermedad crónica que bien diagnosticada y bien tratada tiene un alto porcentaje de buen control.

Las crisis convulsivas se presentan con frecuencia en la población hasta un 5% de la población puede llegar a padecer un tipo de crisis a lo largo de su vida. Esta aparición es repentina y se puede presentar tanto en el medio extrahospitalario como en el ámbito hospitalario. La etiología más frecuente, por edad, incluye: Neonatos. Debidas a hipoxia neonatal. Primera semana de vida. Suelen estar ocasionadas por metabopatías.

Niños menores de 12 años. La causa más frecuente es la fiebre.

Adolescentes. Suelen ser por causas idiopáticas y traumáticas.

Adultos de entre 18-35 años. Por traumatismos craneoencefálicos.

Adultos entre 35-50 años. Debido a tumores cerebrales.

Adultos mayores de 50 años. Son debidas a accidentes cerebrovasculares.

2 Objetivos

Dar a conocer los tipos de crisis epilépticas y el protocolo de actuación ante una crisis epiléptica o convulsión cuando nos encontremos en un medio extrahospitalario, como puede ser la vía pública.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la Literatura científica existente. Se ha procedido a la consulta de bases de datos, destacando Pubmed, Medline y diferentes libros científicos de referencia electroencefalográfica.

4 Resultados

Existen diferentes crisis epilépticas

. CRISIS GENERALIZADAS

Afectará a ambos hemisferios. Se clasifican:

Crisis generalizadas tónico- clónicas

Las más conocidas de las crisis generalizadas. Comienzan con rigidez seguidas de sacudidas.

Lo más habitual que ocurra es caída del paciente al suelo, relajación de esfínteres o mordedura de lengua.

Crisis generalizadas mioclónicas

Se trata de contracciones rápidas y breves de los músculos. Son muy breves, suelen durar unos segundos y algunas veces pasan desapercibidas. El paciente puede caerse o que se le caigan objetos que tenga en las manos.

Crisis generalizadas atónicas

Se produce una pérdida brusca del tono muscular pudiéndose provocar traumatismos en la caída.

. CRISIS FOCALES

Se producen de forma espontánea y pueden tener recaídas.

Crisis focales simples

Sin pérdida de conciencia, dependiendo en que zona del cerebro se produzca tendrá unos síntomas u otros.

Por ejemplo, sensoriales que se pueden presentar como alucinaciones, motoras, moviendo una parte del cuerpo de manera involuntaria.

ACTUACIONES ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA

- Poner al paciente en el suelo, y una vez aquí, en posición lateral de seguridad, se elegirá, si es posible, la posición de decúbito lateral izquierdo.
- Retirar todos los objetos con los que se pueda golpear o dañar la víctima.
- Si el paciente presenta movimientos o sacudidas no sujetarlo durante la crisis.
- Aflojar la ropa para favorecer una correcta ventilación sin que le pueda oprimir la vía aérea, de esa manera se objetivará perfectamente la correcta ventilación de la víctima.
- Si por la contracción tiene contraídos los maxilares, nunca se deben forzar para introducir en la boca ningún objeto, ya que se puede provocar lesiones en lengua, labios o dientes incluso fracturas de mandíbula.
- Avisar a los servicios de emergencias 112.
- Contabilizar la duración de la crisis convulsiva.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este artículo es que tener conocimientos en profundidad de la aplicación de los primeros auxilios en un ataque epiléptico o crisis convulsiva es de vital importancia a la hora de la supervivencia de una persona que lo sufra en el medio extrahospitalario.

Cuando una persona sufre una crisis convulsiva es de vital importancia reaccionar lo antes posible y tener claro qué hacer y qué no hacer ante esta situación, ya que la supervivencia de la persona o posibles secuelas que pueda sufrir de-

pende las primeras actuaciones que le realicen los testigos circunstanciales que presencien esta crisis epiléptica.

6 Bibliografía

Schomer Donald L. , Lopes da Silva Fernando H. Niedermeyer s Electroencephalography:

Basic Principles, Clinical Applications, and Related Fields. Sexta edición. Lippincott Williams&Wilki, 1 enero 2011

A. James Rowan, M.D., Eugene Tolunsky, M.D. Conceptos básicos sobre EEG con mini- atlas. Edición en español. Elsevier España; 2004

Biblioteca virtual SciElo

Bases de datos Pubmed, Medlin

Capítulo 159

LA AYUDA DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA LACTANCIA A PACIENTES QUE ACABAN DE DAR A LUZ EN EL CENTRO HOSPITALARIO

CARLOS SEVILLA MARTÍNEZ

ARMANDO MARTÍN AMBROSIO

MARIA DE LA CRUZ MARTÍNEZ MARÍN

CATALINA POVEDA RUBIO

MARIA JULIANA BURILLO TOMAS

1 Introducción

La lactancia materna es un método de alimentar al recién nacido desde el momento en el que nace mediante la leche materna que sale de los senos de la madre. Según la OMS dice que es el alimento de mayor calidad para el bebé, puesto que cuenta con todos los nutrientes necesarios para cubrir todas y cada una de sus necesidades y para que su desarrollo sea sano y saludable.

La lactancia materna retrasa la aparición de algunos problemas de salud como la rinitis, dermatitis atópica, asma, alergias a alimentos, etc.

Esta puede extenderse hasta que el niño tome la decisión de dejarlo sin que exista período o momento para dejarlo.

La leche la comienzan a fabricar las mujeres en el interior de sus senos por su organismo, para una vez que nazca el recién nacido pueda alimentarle.

También la madre puede extraer la leche de los senos a través de un sacaleches, que es un aparato succionador que extrae la leche de la madre y la almacena en una especie de biberón para luego poder meterlo en la nevera hasta la siguiente toma del bebé.

El personal de enfermería le da gran importancia a la lactancia materna para el bienestar del bebé.

2 Objetivos

Conocer algunas de las funciones del TCAE en cuanto a la lactancia materna.

3 Metodología

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

4 Resultados

La leche materna de las mujeres es un alimento natural fabricado por el mismo organismo en el interior de las mujeres cuando están embarazadas, que es producida por una glándula mamaria que tiene la madre para poder dar de mamar al bebé.

Está formado por sustancias nutritivas, inmunológicas, hormonas, enzimas, para que el bebé se alimente solamente de la leche materna durante los seis primeros años de vida. Según va creciendo el niño, se debe de introducir algún complemento como potitos o purés hasta los dos años aproximadamente.

Tienen sustancias que los protegen de infecciones y crea un vínculo entre la madre y el hijo.

Evita o reduce en la mayoría de los casos enfermedades en el niño, estimulando y desarrollando de manera más fuerte y sana su sistema inmunitario porque es mucho más frágil el sistema inmunitario de ellos, puesto que son niños pequeños o bebés y padecen unas defensas en menor cantidad y más débiles mientras que nosotros tenemos un mayor número de defensas y son mucho más fuertes que las suyas.

Durante el período lactante del bebé, crea anticuerpos contra diversas bacterias que causan infecciones como la *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Campilobacter*, *Vibrio cholerae*, *Shigella*, *Lambia*...

A continuación veremos algunas de las funciones del técnico de enfermería, conocido como técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a la lactancia materna:

El personal de enfermería debe de apoyar y aconsejar a la madre a la hora de la primera toma del lactante, ayudándola a buscar una mejor posición que sea cómoda tanto para ella como para el bebé, donde pueda conseguir un buen agarre y así no sufra de dolores. También ofrecer materiales o tácticas en las que ella pueda guiarse.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro debemos de tener en cuenta que es primordial y muy importante en los recién nacidos porque protege de un gran número de infecciones o de enfermedades que puedan influir de forma negativa en la salud de estos bebés.

Los bebés que se alimentan de la lactancia materna, tienen menor riesgo de contraer el síndrome de muerte súbita infantil en comparación con los que no se alimentan de la leche materna.

Es necesaria en muchas ocasiones la ayuda del personal de enfermería para enseñarle técnicas o trucos a la madre a la hora de la lactancia.

6 Bibliografía

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2023-07-05]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 13, n. 6, dic. 2005 . Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 05 jul. 2023.

Capítulo 160

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANGELA CLAUDIA NICOLAIESCU

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la integridad de la piel que se manifiestan como zona localizada de necrosis isquémica en tejidos que cubren prominencia ósea o zonas de apoyo prolongando en un colchón o una silla y que afectan a epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y más profundos.

Las úlceras por presión son un problema sociosanitario que reduce la calidad de vida del paciente.

Los factores que actúan sobre las úlceras de presión son factores extrínsecos que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior, como presión, fricción, humedad o cizallamiento, y los factores intrínsecos que son propios del paciente, derivados de la enfermedad que tiene y no pueden ser evitados fácilmente como la movilidad, actividad, integridad de la piel, obesidad, trastornos inmunológicos. Una vez que la piel es afectada, pueden aparecer los IV estadios de evolución, los principales signos y la lesión.

Estadio I es una úlcera de primer grado que aparece como una lesión de la epidermis y de la dermis.

Estadio II es una úlcera de segundo grado cuando la lesión epidérmica y dérmica es más profunda y comienza la afectación hipotermia.

Estadio III, úlceras de tercer grado, cuando se puede ver la grasa subcutánea, empieza formarse la escara por la necrosis tisular.

Estadio IV, úlceras de cuarto grado cuando los huesos, músculos y tendones son visibles.

2 Objetivos

- Describir medidas de prevención para las úlceras por presión.
- Exponer escalas para su evaluación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 medidas preventivas respecto al cuidado y la protección de la piel es la valoración de la piel con inspecciones frecuentes y vigilancia de las zonas de riesgo, los cuidados higiénicos de la piel, limpiarla y secarla meticulosamente más en los pliegues cutáneos.

Utilizar protectores de la piel manteniendo su integridad y evitar erosiones y grietas con cremas protectoras, ácidos grasos o espuma de poliuretano.

Tener un control de la humedad evitando el efecto de maceración empleando absorbentes y empapadores, emplear productos barrera.

Hay que evitar el uso de geles, la utilización de colonias, mantener la ropa de la cama sucia, prolongar tiempo de cambio de pañal, soluciones que contengan alcohol o friccionar la piel.

Se han elaborado diferentes escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión con objetivo de detectar el riesgo de padecer úlceras por presión y planificar los cuidados de enfermería y que deben de aplicarse al ingreso del paciente y reevaluación periódica.

La escala Norton donde a menor puntuación, mayor es el riesgo y describe el estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.

La escala Braden más utilizada por su fácil aplicación se valora de 1 (menos favorable) al 4 (más favorable).

Hay más escalas como: Arnell EMINA, Waterlow y Nova 5.

En los cuidados de cambios posturales tiene que realizarse cada 2 o 3 horas. Los cambios posturales suelen ser de decubito supino, decúbitos laterales derecho e izquierdo y decúbito prono .

También la posición fowler o sedestación.

En posición de decúbito supino hay que colocar almohadas o cojines en zonas del cuerpo para favorecer su alineación bajo el cuello y los hombros, bajo el tercio inferior del muslo, para elevar el hueco poplíteo, bajo la parte inferior de la pierna, para elevar los talones, un cojín para la zona lumbar.

En decúbito prono los apoyos pueden colocarse bajo la cabeza y la parte inferior de las piernas.

En decúbito lateral bajo la cabeza, el brazo superior, el muslo y la pierna superior y detrás de la espalda.

5 Discusión-Conclusión

Para la evolución de las úlceras por presión se utiliza el índice de gravedad cada 14 días.

La curación de la úlcera por presión depende del estado del paciente y los cuidados que se le hacen.

Los tiempos de curación son en la úlcera de presión de grado I de dos días, de grado II de una o dos semanas, de grado III de una a tres meses y de grado IV el tiempo es desde meses a año y a veces no se cura.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de prestar mucha atención en pacientes encamados para que las úlceras por presión sean detectadas temprano y poder curarla. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 161

RIESGOS LABORALES. EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN INCENDIO

JAIME PONCE ALFARO

JOSÉ FRANCISCO REQUENA CANO

FRANCISCO JOSÉ RUIZ-CORNEJO MORENO

MARIA CORTES MOLINA TORRALBA

RAQUEL SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

Los riesgos laborales son aquellos peligros o amenazas que pueden afectar la salud o la seguridad de los trabajadores en su lugar de trabajo. Estos riesgos pueden ser físicos, químicos, biológicos, psicológicos, ergonómicos, organizacionales, entre otros.

Un incendio es un fenómeno en el que se produce una combustión o fuego descontrolado que puede propagarse rápidamente y causar daños materiales y humanos.

Un incendio se produce cuando se combinan tres elementos conocidos como el "triángulo del fuego": combustible, oxígeno y una fuente de calor. El combustible

es cualquier material que pueda arder, como madera, papel, plásticos, gasolina, entre otros. El oxígeno es el gas que se encuentra en el aire y es necesario para que se produzca la combustión. La fuente de calor puede ser una llama, una chispa, una colilla de cigarro, entre otras cosas.

Algunos de los riesgos laborales asociados con los incendios pueden incluir:

- Inhalación de humo y gases tóxicos que pueden causar irritación en los ojos, la nariz, la garganta y los pulmones, e incluso llevar a la asfixia y la muerte.
- Quemaduras graves que pueden requerir hospitalización y tratamiento médico prolongado.
- Lesiones por la caída de objetos, rotura de cristales, etc.
- Riesgo de electrocución, en caso de que los trabajadores se expongan a cables eléctricos dañados durante un incendio.

Los trabajadores también tienen un papel importante en la prevención de incendios en el lugar de trabajo, como la eliminación de materiales inflamables y el uso adecuado de herramientas y equipos eléctricos. Además, deben conocer el plan de evacuación y las medidas de seguridad en caso de incendio para actuar rápidamente en caso de emergencia.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante un incendio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 función del tipo de fuego a extinguir dependerá la elección del extintor idóneo para la protección contra incendios:

1. Incendios de Clase A: son los incendios que involucran materiales sólidos como la madera, el papel, cartón, telas, plásticos, entre otros.

2. Incendios de Clase B: son los incendios que involucran líquidos inflamables y combustibles como la gasolina, el aceite, la pintura.
3. Incendios de Clase C: gases inflamables y combustibles gaseosos.
4. Incendios de Clase D: Son los incendios que involucran metales combustibles como magnesio, titanio, sodio.
5. Incendios de Clase E: incendios provocados por elementos que funcionan con electricidad, o elementos por los que circula la electricidad.
6. Incendios de Clase K: son los incendios que involucran aceites y grasas utilizados en la cocina.

Cómo actuar en un pequeño foco de incendio:

- Identificar la causa del fuego para poder elegir el método de extinción adecuado.
- Cortar la corriente eléctrica o la entrada de gas, en la medida de lo posible.
- Evaluar la seguridad de la situación: Antes de intentar apagar el fuego, asegúrese de que es seguro hacerlo. Situar-se ante una salida de escape, por si se extiende.
- Usar el extintor adecuado para el tipo de incendio. Consultar las indicaciones del extintor para saber cuál utilizar.
- Mantener una distancia segura: Cuando se está apagando el fuego, mantener una distancia segura para evitar que las llamas o el humo puedan alcanzar a los individuos presentes.
- Si no se puede apagar el fuego, evacuar. Cerrar la puerta de la habitación donde se encuentre el foco de incendio y llamar a emergencias.

Cómo actuar si el fuego se propaga:

- Si el incendio se propaga debemos salir del lugar donde se encuentre el foco de incendio, cerrando la puerta para retrasar lo máximo posible que el fuego avance.
- Llamar a emergencias, marcar el 112 y explicar la situación y la localización en la que se encuentran.
- Es importante no usar los ascensores y utilizar siempre las escaleras. Salir gateando si hay humo para evitar intoxicarnos con él.
- Si hay individuos atrapados con la puerta cerrada, vigilar si sale humo por debajo de la misma y su temperatura. Si hay humo y la puerta está muy caliente, no abrir porque el fuego está detrás.
- Si abrimos la puerta hay que hacerlo lentamente. Asesorarse que la ventana de la habitación está cerrada antes de abrir la puerta.
- Si no pueden salir del sitio, encerrarse en una habitación con ventana y cubrir las grietas con un paño húmedo, para impedir que entre el humo. Llamar la atención a través de las ventanas. Las ventanas solo se pueden abrir si la puerta está sellada para prevenir que entre el humo. Las puertas deben estar aisladas para detener corrientes de aire que contengan oxígeno, que podrían sustentar el fuego.

- Si la vestimenta se incendia, no correr. Acostarse en el suelo y dar vueltas.

5 Discusión-Conclusión

Es responsabilidad de los empleados identificar y evaluar los riesgos laborales presentes en sus empresas y tomar medidas para minimizarlos y prevenir accidentes y enfermedades laborales. Los trabajadores también deben estar informados y capacitados sobre los riesgos laborales asociados a sus actividades y tomar medidas para proteger su propia salud y seguridad en el trabajo.

Para apagar un pequeño foco de incendio es importante identificar la causa del fuego, evaluar la seguridad de la situación, usar el extintor adecuado, mantener una distancia segura y evacuar la zona si no puedes apagar el fuego, llamando a los servicios de emergencia.

En resumen, en caso de incendio es importante dar la alarma, llamar al cuerpo de bomberos, evacuar la zona de manera segura, asegurarse de que los demás trabajadores evacuen y se mantengan en el punto de encuentro. Es importante no volver a entrar al edificio o zona afectada por el incendio hasta que sea seguro hacerlo.

6 Bibliografía

1. <https://www.grupopointex.com/actuar-en-caso-de-incendio/>.
2. <https://previnsa.com/como-actuar-en-caso-de-incendio/>.
3. <https://www.infotecnico.com/tipos-de-incendios/>.
4. <https://www.aprendemergencias.es/incendios/clases-de-fuego/>.

Capítulo 162

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE CONVULSIONES Y EPILEPSIA

SILVIA MARTÍN GARCÍA

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

1 Introducción

En las neuronas cerebrales pueden producirse descargas eléctricas anormales, lo que va a producir contracciones musculares, pudiendo ser repetitivas y violentas, apareciendo a veces sensaciones de un olor placentero o desagradable, pérdida de contacto con su entorno, estado confusional, incluso pérdida de la consciencia. La mayoría de las personas epilépticas tienen auras, que es el aviso de que va a aparecer una convulsión (náuseas, ansiedad, vértigo, etc.).

El proceso de un ataque epiléptico puede durar desde segundos hasta pasados incluso cinco minutos, pudiendo parar el ataque epiléptico inmediatamente. Las

descargas neuronales pueden producir una convulsión tónico-clónica, (contracción y relajación en un periodo de tiempo muy pequeño). La epilepsia es una enfermedad crónica, caracterizada por ataques o crisis convulsivas que ceden espontáneamente y se repiten de manera periódica.

La epilepsia se puede producir por diferentes causas, como pueden ser lesiones cerebrales, falta de oxígeno al cerebro, etc. Aproximadamente una de cada diez personas padece de convulsiones. La epilepsia es la tercera enfermedad neurológica en España, más menos 400.000 epilépticos, y la edad de comienzo principalmente es en los primeros años de edad, siendo de mayor prevalencia en el sexo masculino.

Las convulsiones que aparecen después de los 25 años de edad suelen producirse por traumatismos craneales, Accidentes Cerebro Vasculares (A.C.V.), etc.

2 Objetivos

Conocer el protocolo de actuación ante una crisis epiléptica o convulsión cuando nos encontremos en un medio extrahospitalario como puede ser la vía pública.

3 Metodología

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

Existen diferentes crisis epilépticas.

CRISIS GENERALIZADAS Afectará a ambos hemisferios.

Se clasifican:

Crisis generalizadas tónicas- clónicas.

Las más conocidas de las crisis generalizadas. Comienzan con rigidez seguidas de sacudidas. Lo más habitual que ocurra es caída del paciente al suelo, relajación de esfínteres o mordedura de lengua.

Crisis generalizadas mioclónicas. Se trata de contracciones rápidas y breves de los músculos. Son muy breves, suelen durar unos segundos y algunas veces pasan desapercibidas. El paciente puede caerse o que se le caigan objetos que tenga en las manos.

Crisis generalizadas atónicas. Se produce una pérdida brusca del tono muscular, pudiéndose provocar traumatismos en la caída.

CRISIS FOCALES. Se producen de forma espontánea y pueden tener recaídas. Crisis focales simples sin pérdida de conciencia, dependiendo en que zona del cerebro se produzca, tendrá unos síntomas u otros. Por ejemplo, sensoriales que se pueden presentar como alucinaciones, motoras, moviendo una parte del cuerpo de manera involuntaria.

ACTUACIONES ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA.

- Poner al paciente en el suelo, y una vez aquí, en posición lateral de seguridad, se elegirá, si es posible, la posición de decúbito lateral izquierdo.
- Retirar todos los objetos con los que se pueda golpear o dañar a la víctima.
- Si el paciente presenta movimientos o sacudidas, no sujetarlo durante la crisis.
- Aflojar la ropa para favorecer una correcta ventilación sin que le pueda oprimir la vía aérea, de esa manera se objetivará perfectamente la correcta ventilación de la víctima.
- Si por la contracción tiene contraídos los maxilares, nunca se deben forzar para introducir en la boca ningún objeto, ya que se puede provocar lesiones en lengua, labios o dientes, incluso fracturas de mandíbula.
- Avisar a los servicios de emergencias 112.
- Contabilizar la duración de la crisis convulsiva.

5 Discusión-Conclusión

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 163

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO

SILVIA MARTÍN GARCÍA

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

1 Introducción

Podemos hablar del suicidio como que es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada. Por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado o atribuible a circunstancias vitales como las dificultades financieras, los problemas en las relaciones interpersonales, enfermedades dolorosas, soledad o el acoso psicológico.

Esto entra a formar parte de las enfermedades de trastorno grave entre las que se encuentran la esquizofrenia, depresión ,y también el uso y abuso de sustancias tóxicas, alcoholismo.

El suicidio es un acto que, desde 2018 no ha parado de crecer en todo el mundo. Especialmente en los años de pandemia de 2020 a 2023 cuando se ha agudizado,

llegando a tener alrededor de 4000 suicidios en el año 2021, unos 11 al día en toda España. El suicidio se ha incrementado más entre los inmigrantes, así como entre las personas de mediana edad, mayoritariamente hombres, que viven en grandes ciudades y en capitales de provincia.

Pero también ha aumentado en adolescentes, hecho que preocupa aún más porque en la mayoría de casos destapan tramas de bullying o maltrato en el entorno familiar. El suicidio genera un tremendo impacto en la familia del fallecido, se movilizan muchos recursos sanitarios a veces para prevenir la muerte del suicida (como ejemplo una persona que se ha precipitado al vacío sin resultado inmediato de muerte) y produce en la sociedad un sentimiento de desesperanza y desasosiego.

2 Objetivos

- Describir que tipo de cuidados o prevención puede realizar el TCAE ante un paciente con un riesgo de suicidio alto.

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 documentar en nuestro trabajo la gran cantidad de muertes en la actualidad por suicidio y como se puede realizar unos cuidados básicos y prevención por parte del personal sanitario TCAE para evitar estas muertes.
- El TCAE tras ser diagnosticado el paciente con alguna patología mental , debe conocer qué tipo de patología o enfermedad padece el paciente. Con el conocimiento del diagnóstico puede conocer a su vez los síntomas positivos o riesgos a los que está expuesto el paciente.
- El paciente que tiene riesgo suicida es aquel paciente que puede pasar desapercibido, tímido incluso, aunque también puede existir el efecto contrario, el

paciente es agresivo, está continuamente alterado. Cada persona va a expresar sus sentimientos de alguna forma, pero el riesgo va a ser el mismo.

- El TCAE ante el paciente con riesgo de suicidio podrá ayudar, apoyar y escuchar , le preguntará con preguntas cerradas para conocer hasta donde podría llegar y como quiere realizar el fatal desenlace.
- El TCAE debe comentar al facultativo o superiores cualquier aspecto que tras varias sesiones con el paciente pueda detectar que existe un riesgo en ese momento. Para ello el facultativo puede introducir al paciente en el programa de riesgo de suicidio.

Este programa tiene unos criterios clave como por ejemplo el paciente en ningún caso debe estar solo, en caso de no tener apoyos familiares ingresara en una unidad de hospitalización hasta que con la medicación y terapias necesarias este en fase estable.

- Otro aspecto clave de este programa es la toma correcta de la medicación y por supuesto acudir a las entrevistas que se le citen .
- El TCAE conoce el funcionamiento de este programa, ya que va a ser uno de los profesionales del equipo multidisciplinar que pueden llegar a atender al paciente en riesgo de suicidio.

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 164

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CELIACO

SILVIA MARTÍN GARCÍA

GLORIA MARÍA ALCAIDE SIMÓN

ESTHER MARIA CANO SANCHEZ - CARNERERO

LUCIA PELAEZ NUÑEZ

LORENA CÉSPEDES SIERRA

1 Introducción

Enfermedad celíaca (EC). Se trata de un síndrome de malabsorción crónica, consistente en la intolerancia a la proteína del gluten en personas con predisposición genética. Hay una atrofia pronunciada de las vellosidades del intestino delgado, lo que conduce a una violación de la utilización de nutrientes a nivel del tracto gastrointestinal.

La enfermedad celíaca es una de las enfermedades crónicas más comunes y frecuentes en Europa. Cada día hay más y más información sobre esta enfermedad. Esto es de gran ayuda para poder brindar una dieta completa y adecuada a las personas que padecen esta enfermedad. La incidencia mundial se estima en 1 caso por cada 100-150 nacidos vivos.

En el caso de España, la prevalencia oscila entre 1/71 en población infantil a 1/357 de la población adulta, se estima que pueden verse afectadas unas 500.000 personas, aunque el 70% de ellas no lo saben. La enfermedad celíaca se ha considerado durante mucho tiempo una enfermedad rara en los niños.

La forma clásica de enfermedad celíaca se caracteriza por el inicio de la enfermedad entre los 4 y los 24 años, cuando se introducen en la dieta alimentos sólidos que contienen gluten. La eliminación completa del gluten de la dieta conduce a la desaparición de todos los síntomas clínicos y cambios funcionales y la normalización de la mucosa intestinal.

Algunos estudios muestran que el 90% de los casos de enfermedad celíaca quedan sin diagnosticar y se necesita más conocimiento para reconocer y diagnosticar esta enfermedad de manera temprana.

2 Objetivos

Conocer qué educación sanitaria puede ofrecer el TCAE a un paciente con patología celiaca.

Describir qué incompatibilidades de alimentos puede encontrar el paciente celiaco.

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 el trabajo que se ha realizado se han podido incluir artículos que nos indicaban que tipo de educación sanitaria puede llegar a ejercer el TCAE a un paciente celiaco, y que tipo de alimentos les puede indicar que no pueden llegar a consumir.
- El TCAE deberá realizar un conocimiento del historial del paciente siempre que sea consentido por este. De esta forma Conoce cuando fue diagnosticado, qué

métodos han empleado para el diagnóstico, es decir que pruebas, analíticas etc.

- El TCAE tendrá una formación adecuada para poder realizar la educación sanitaria en tema de celiaco y alimentación que es permitida y cuál no.
- El TCAE será uno de los profesionales que puede indicar que tipos de síntomas pueden tener por la afección de celiaco, pérdida de peso, diarrea, náuseas, vómitos, cambios de carácter etc.
- El TCAE realizará una serie de entrevistas individualizadas para conocer como está afrontando la patología el paciente desde que ha conocido el diagnóstico. también el tema de que conoce sobre la enfermedad, y por supuesto como va a realizar la dieta .
- El paciente celiaco podrá ingerir alimentos los cuales no es beneficioso comprar a granel. No comprar ni se deben consumir productos etiquetados con la declaración «muy bajo en gluten».

En casos de duda el TCAE le comentará al paciente que no consuma el producto, pues puede estar elaborado con algo de gluten.

- Otro aspecto que el TCAE deberá abordar con estos pacientes referentes a los alimentos es la preparación y cocinado de estos, en ocasiones esta manipulación también deriva en un problema para el producto y hará reacción en el paciente.
- El TCAE también le comentará al paciente que ante cualquier duda acuda al centro más próximo para que le informen si ha padecido o no algún síntoma que puede incluso reaccionar en un shock anafiláctico.

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 165

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS A PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

1 Introducción

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad también conocido como TDAH, es un tipo de trastorno que suele iniciarse en la infancia y que presenta dificultades como mantener la atención, hiperactividad, impulsividad o dificultades en el control de los impulsos. Se debe diferenciar entre el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y el TDAH. La principal diferencia es que el TDAH

está producido por alteraciones que son causadas por la deficiencia de tipo atencional. Sin embargo, el TDAH hace referencia al exceso en la actividad motora, también conocido como hiperactividad. A través de diferentes investigaciones se ha llegado a la conclusión de que en personas adolescentes y adultas la actividad motora llegaría a decrecer, pero con el déficit de atención no ocurre lo mismo (Fundación Aldana, 2009).

El TDAH es de origen multifactorial, una combinación de alteraciones estructurales y/o factores genéticos que son modificados por componentes ambientales, educativos y sociales, los cuales van dando lugar cuadros sintomatológicos cuya evolución es dispar y de intensidad variable. También se indica que este trastorno se sitúa entre un 4% y 12% de niños de entre seis y doce años. Según menciona el DSM-IV hay una prevalencia de 9 varones por cada niña que es diagnosticada y de 4 a 1 en cuanto a la población epidemiológica (Orjales, 2013).

Déficit en la función ejecutiva.

Estudios han demostrado que el TDAH es una limitación del desarrollo de las funciones ejecutivas. Algún ejemplo de las funciones ejecutivas que se ven afectadas son las siguientes: organizar, revisar, guiar... Para la detección y evaluación del

TDAH hay algunas características sobre la función ejecutiva como las siguientes:

- Problemas en la comprensión del lenguaje oral y de lectura.
- Problemas en la organización del trabajo.
- Dificultad en la regulación de emociones.
- Rendimiento académico por debajo de su capacidad.

Según la doctora Idiazábal (2018), en casos en que las funciones ejecutivas se ven afectadas en adultos con TDAH es importante que adapten nuestros comportamientos teniendo en cuenta sus necesidades. Es un proceso muy largo y se han de utilizar técnicas hasta que poco a poco se autorregula y corrijan sus comportamientos. En casos como estos, se pueden tomar medidas como las siguientes:

- Ser pacientes y comprensibles con los pacientes.
- Evitar dar órdenes conjuntas, intentar hacerlas de una en una.
- Proporcionar a las personas alternativas para momentos de estrés y nervios.
- Retirar distractores que puedan resultar perjudiciales para ellos.
- Enseñar a organizar y planificar las tareas.

A continuación, se van a describir algunos aspectos de las diferentes funciones ejecutivas (Barkley, 1998):

1. Memoria de trabajo: dificultad en la habilidad para retener información relacionadas con guiar acciones, memorizar, seguir instrucciones.
2. Función de la voz privada de la mente: desarrollo del lenguaje interno, es el

que solemos usar para conversar con uno mismo. En este caso, los ancianos con TDAH, en algunas situaciones no saben si su comportamiento es el adecuado.

3. Función para autorregular las emociones y la motivación: dificultades para superar o alcanzar obstáculos, siendo propensos a frustrarse.

2 Objetivos

- Mostrar e indicar los posibles tratamientos a llevar a cabo con los pacientes de TDAH.
- Dar mayor visibilidad a este tipo de trastornos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tratamientos para tratar el TDAH han cambiado mucho en los últimos tiempos. Se debe indicar que los datos que se vayan a indicar serán siempre aproximados. Gracias a que el diagnóstico es más concreto, han aparecido nuevas patologías y se han podido identificar otros tipos de tratamientos.

Síntomas

Cada tipo de TDAH tiene una sintomatología propia, pero hay una serie de síntomas que comparten todas las categorías diagnósticas, pero lo cual no significa que afecte a todas por igual. Los síntomas más significativos, podrían ser: nerviosismo, hiperactividad, inatención.

A continuación, se mostrará una relación de tratamientos a seguir:

1. Tratamiento farmacológico: Para tratar el TDAH se pueden utilizar dos tipos de fármacos: los estimulantes y los no estimulantes.

- Estimulantes: Los estimulantes aumentan la actividad del Sistema Nervioso Central de tal manera que se elevan las catecolaminas e impiden la recaptación de estas en la sinapsis. En España los estimulantes que han sido aprobados son el

Metilfenidato (MTF) y Lisdexanfetamina (LDX). Ante dicho tratamiento, el resultado es muy bueno y eficaz, mejoran la sintomática principal, las relaciones sociales y la función cognitiva. La LDX es utilizada cuando el tratamiento con MTF no es el adecuado. Las principales consecuencias de estos fármacos puede ser insomnio, apetito disminuido, cefaleas, estados de nerviosismo...

- No estimulantes: En España el principal no estimulante es la atomoxetina (ATX). Este fármaco lo que hace es bloquear el transportador de noradrenalina (NA), que produce una recaptación del NA en el espacio sináptico. Las consecuencias más frecuentes pueden ser: somnolencia, insomnio diurno, dolor abdominal, náuseas, vómitos...

Otro fármaco no estimulante es el alfa-2-adrenérgicos presinápticos, el cual se encarga de modular la liberación de NA. Su escasa utilización es debido a que las consecuencias son bastante agresivas y puede llegar a provocar muerte súbita.

2. Intervención conductual: Esta intervención consiste en la enseñanza de habilidades para conseguir un cambio en el comportamiento, esta estrategia ha de comenzar precozmente, cuando los problemas conductuales dan comienzo. Es importante tener un registro con los problemas de comportamiento del paciente para así poder ver cuál es su progreso. Cuando los comportamientos que se pretenden modificar han sido identificados, entonces se lleva a cabo una planificación con estrategias que se pueden utilizar con los pacientes. Tanto los familiares como los cuidadores son los encargados de poner en práctica estas técnicas conductuales, ya que lo más importante es identificar qué técnica se ha de utilizar en cada situación.

3. Terapia cognitiva: principalmente consiste en trabajar con técnicas psicológicas para intentar modificar aquellas conductas que consideramos que son inapropiadas. Estas técnicas son de resolución de problemas, autocontrol y autoayuda. De esta manera, el paciente aprende a autocontrolarse y a usar técnicas que les pueden ser útiles para el día a día.

4. Entrenamiento en habilidades sociales: los jóvenes con TDAH pueden llegar a tener problemas para expresar sus emociones, por ello, es importante incluir el desarrollo de las habilidades sociales junto con otras tareas. Si se llevase a cabo, esto aumentaría la autoestima del paciente y la comunicación emocional.

También permitiría que el paciente socialice y adopte normas sociales para la vida en sociedad.

5. Psicoeducación: es importante la comunicación entre la familia y el centro donde se encuentre el paciente. Tanto la familia como los profesionales deben utilizar estrategias que sean similares y que sean eficaces para llevar a cabo con el alumnado. Así mismo, que la familia y los profesionales cuenten con información

significativa sobre este trastorno es de vital importancia.

6. Tratamiento multimodal: permite la aplicación coordinada del tratamiento farmacológico, el psicoterapéutico y el psicoeducativo.

7. Tratamientos alternativos y complementarios: en muchos casos, debido a la falta de información que los cuidadores tienen, estos, deciden poner en práctica tratamientos con sus pacientes que no son seguros ni son eficaces. Algunos de estos tratamientos podrían ser los siguientes:

- Tratamientos dietéticos: consiste en añadir alimentos que son considerados beneficiosos, o, por el contrario, retirar aquellas sustancias que pueden resultar dañinas.
- Homeopatía: utilización de sustancias extremadamente diluidas.
- Medicinas herbarias: se cree que sus propiedades pueden llegar a producir múltiples beneficios.
- Osteopatía: está basado en que todos los sistemas del cuerpo están relacionados entre sí, por lo que los problemas de una parte del cuerpo pueden afectar e influir sobre las demás.
- Estimulación auditiva: está basado en que se produce un efecto positivo tras la escucha de diferentes tonos o sonidos.

Se ha de tener en cuenta que, en todo caso, tanto el diagnóstico como el tratamiento ha de ser individualizado, teniendo en cuenta las necesidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir con este trabajo, destacar que el TDAH es una patología que tiene una gran influencia en la población infantil. Todo ello supone un gran coste económico para la sanidad pública, y en muchos casos, difícil de abordar. Al hablar de trastornos como el TDAH, no solo lo sufren los propios afectados, sino que también sufren sus familias y cuidadores, ya que tiene un gran impacto para ellos. Debido a todo ello, en numerosas ocasiones, sufren presiones físicas, emocionales o incluso económicas, las cuales pueden provocar un elevado estrés en sus familias y cuidadores. Tanto los cuidadores como las familias reciben apoyo por parte de los servicios sanitarios que sean pertinentes.

Por todo ello, considero que es muy importante no solo tratar los trastornos desde la prevención de éstas, sino también tratar su tratamiento precoz, de esta manera favoreceremos que el deterioro no vaya a pasos agigantados.

6 Bibliografía

1. Orjales, ISABEL. (2017). Estrategias para la mejora de la conducta y el rendimiento de los pacientes con tdah. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Recuperado de: guia_tdah_3_orjales1.pdf (aepap.org).
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 166

PLANTA DE CARDIOLOGÍA Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

1 Introducción

Las enfermedades de corazón ocasionan más del 30% de las muertes a nivel mundial, de las cuales 7,4 millones fueron por cardiopatía isquémica y según se prevé esta cifra va a ir en aumento.

Según los indicadores de calidad en salud, la letalidad ocurre en mayores de 45 años por infarto agudo de miocardio (es un síndrome coronario agudo que se caracteriza por una aparición brusca de falta de riego a una parte del músculo del corazón producido por una obstrucción aguda y total de una de las arterias coronarias que lo alimentan), la arteria coronaria izquierda que su misión es llevar sangre al ventrículo y atrio izquierdo del corazón, mientras que la arteria

derecha hace lo mismo con el ventrículo y la aurícula derecha como también con los nodos sinoauricular y auriculoventricular.

La mayoría de los pacientes que sufren infarto es porque le preceden otras patologías de riesgo como puede ser: hipertensión, tabaquismo o diabetes mellitus. En países avanzados se han desarrollado iniciativas enfocadas a construir un sistema de atención integral en el infarto agudo de miocardio y contar con un protocolo de atención para este tipo de pacientes.

Este protocolo llamado "Código Infarto", que existe también en otros países, está enfocado a los servicios de urgencias, admisión continua y asigna actividades específicas al personal sanitario de los servicios de urgencias en las unidades médicas hospitalarias que participa en la atención al paciente.

2 Objetivos

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con patologías cardíacas en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo hemos llevado a cabo una investigación consistente en revisión bibliográfica.

Hemos realizado búsqueda en libros, como también hemos consultado artículos en las principales bases de datos como: Medline, Pubmed, Scielo y revista médica del instituto Mexicano del seguro social, eligiendo artículos procedentes de publicaciones hechas en academias revisadas.

4 Resultados

1. Cualquier intervención farmacéutica que esté dirigida a la reducción del riesgo cardiovascular conllevará, una vez que se hayan alcanzado los objetivos planteados, una disminución un tanto significativa tanto en morbilidad como en mortalidad y también una reducción de costes.
2. Hay que investigar los diferentes factores que están asociados a cada paciente, pues los de mayor riesgo pueden ser modulados a través de unas intervenciones adecuadas.
3. La población española tiene una prevalencia bastante significativa de riesgo de infarto, por lo que el objetivo principal es disminuir el porcentaje de personas que

se encuentren en esas circunstancias; especialmente los individuos fumadores, hipertensos y con hipercolesterolemia.

4. Podemos reducir las posibilidades de tener enfermedades de corazón con:

- Control de presión arterial: revisándola regularmente y tomando medidas para prevenir o controlarla, incluyendo cambios en el estilo de vida.
- Control de niveles de colesterol y triglicéridos: un alto nivel de colesterol puede obstruir las arterias y aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, con cambios de estilo de vida, medicamentos (sólo si son necesarios) y haciendo ejercicio físico, podemos mantener el colesterol a raya.
- Mantener un peso saludable: limitando la ingesta de grasas saturadas, comiendo mucha fruta fresca, verduras y granos enteros.
- Hacer deporte: el ejercicio físico tiene numerosos beneficios, fortalece el corazón y mejora la circulación sanguínea.
- Limitar la ingesta de bebidas alcohólicas: demasiado alcohol aumenta la presión arterial y se añade al organismo calorías adicionales, lo que puede causar un aumento de peso y ambos aumentan el riesgo de enfermedades del corazón.
- Tabaco: fumar eleva la presión arterial.
- Estrés: el estrés también está vinculado a la enfermedad de corazón de varias maneras. Algunas formas de ayuda para controlar el estrés incluyen ejercicio físico, escuchar música o meditar entre muchas.
- Diabetes: la diabetes duplica el riesgo de enfermedad cardíaca, esto se debe a que con el tiempo, un alto nivel de azúcar en sangre se puede dañar los vasos sanguíneos y nervios que controlan el corazón. Por otro lado hay que mantener bajo el control de azúcar tanto en el ejercicio físico como con la alimentación.
- Dormir lo suficiente: el no dormir lo suficiente aumenta el riesgo de hipertensión, obesidad y diabetes.

Es importante tener buenos hábitos de sueño y dormir de 7 a 8 horas.

5 Discusión-Conclusión

Como personal sanitario en cuidados auxiliares de enfermería, hemos podido conocer las diferentes causas que pueden provocar tener un alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

En muchas ocasiones el paciente por diferentes patologías citadas anteriormente, tiene alterado diferentes niveles del organismo que requieren realizar una reeducación de hábitos saludables y estilo de vida, para poder solventarlos en la medida de lo posible e intentar bajar el riesgo de padecer enfermedades del corazón.

Una de las funciones del TCAE en el área de cardiología es observar cualquier cambio o anomalía que pueda tener un paciente e informar sin más dilación al equipo médico.

Hemos aprendido que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte por lo que es imprescindible tener personal especializado en esta área, además se hace de vital importancia concienciar a la sociedad para prevenir dichas enfermedades.

6 Bibliografía

1. [Medlineplus.gov/spanish/howtopreventheartdisease.html](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/spanish/howtopreventheartdisease.html).
2. redalyc.org/journal/4577/457750722018/pdf.
3. revistamedica.com
4. elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-metodologia-intervencionesdirigidasreduccion-del-13050015.

Capítulo 167

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON USUARIOS DEPENDIENTES EN UN CENTRO DE DÍA

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ AMORES

ESMERALDA AGUILAR MUÑOZ

ELENA ROPERO MUELA

DIANA FLORES FERNÁNDEZ

JACOBO ARIAS LIZCANO

1 Introducción

El profesional sanitario puede desempeñar sus funciones laborales en varias unidades, servicios especiales, centros de día, etc.

Esto nos indica que el campo sanitario abraza muchos aspectos y pacientes con diferente patología, dependencias, etc.

Podemos definir el centro de día como los centros de día son instalaciones especializadas en tercera edad, discapacidades, etc. donde un grupo de profesionales se dedica a atender las necesidades específicas de las personas mayores solo

durante unas determinadas horas del día en las cuales permanecen en dichos centros.

En la actualidad se ha podido conocer que existen también establecimientos o centros de día que también ofrecen la posibilidad de que el paciente pernocte en ese sitio pero son los menos. Aunque también es más común que los centros de día serán diurnos, para poder dar respiro a las familias o conocidos durante unas horas. Esto evitará también que tanto las familias como las personas cuidadoras lleguen a un momento crucial y provoquen la claudicación familiar.

En general los centros de día disponen de personal sanitario como fisioterapeutas, médicos, enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), terapeutas ocupacionales, etc. Todos ellos trabajan conjuntamente y realizan una valoración y un trabajo individual con cada paciente, atendiendo las necesidades básicas de cada uno.

2 Objetivos

- Describir qué tipo de actuaciones o actividades puede desempeñar el TCAE en un centro de día con pacientes dependientes durante su estancia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se ha querido incluir en esta revisión bibliográfica aspectos o información recopilada de esta búsqueda en la cual nos indica que tipo de actuaciones o actividades puede realizar el TCAE o cualquier profesional sanitario con los usuarios que acuden a un centro de día.

- En un primer lugar el TCAE deberá conocer cuáles son sus funciones o actividades en ese lugar, en caso de desconocimiento su superior directo será el encargado de indicarle y enseñar que tendrá que realizar con usuarios dependientes en un centro de día.

- El TCAE como primera actividad que realizara en el centro de día es el de recepción de los pacientes, por ello en caso de pacientes dependientes acudirán en sillas de ruedas, muletas etc., por ello recogerá a cada uno de ellos en la situación que acuda y les acomodara.
- Como siguientes actividades pueden ser la realización del aseo correspondiente en muchos centros de día se dispone de duchas geriátricas para la realización de esta tarea, por ello este aseo estará adaptado con la debida prevención de caídas. El TCAE realizará esta función y le acomodará en el sitio correspondiente para que el profesional de fisioterapia o terapeuta realice los ejercicios correspondientes.
- EL TCAE como se ha podido comprobar también realiza en los centros de día las actuaciones o actividades de refuerzo con los profesionales nombrados anteriormente. Para la movilización y transferencias correspondientes de este paciente. También podrá ser de gran ayuda en los ejercicios de motricidad fina, en la cual algunos pacientes no tienen las habilidades ya para esos ejercicios.
- Como cierre de actividad del centro de día el TCAE deberá administrar los alimentos necesarios para los pacientes, tanto a nivel parcial en los cuales solamente tendrá que colocar la bandeja y el paciente se administrará el mismo. En otros casos en los que tendrá que administrar el TCAE la alimentación debido a parálisis o déficit de recursos.

5 Discusión-Conclusión

El centro de día es una vía de escape para los familiares, como se ha podido observar es la impotencia de los cuidados o la saturación de estos lo que indica la búsqueda de ayuda en estos centros.

Como se ha podido observar, el TCAE es de gran importancia en cuanto a la realización de actividades básicas diarias que el paciente no puede realizar por sí mismo.

También se ha podido ver que no solo existe la figura del TCAE en los centros de día, sino que en él se van a encontrar un equipo multidisciplinar que va a ayudar a este paciente en sus necesidades básicas de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. SANCHEZ, A. I., & MATILLA MORA, R. (2013). Apoyo a la dependencia en el medio rural. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: IMC.

2. HORNILLOS, M. (1996) Cuidados diurnos para ancianos: Hospitales y Centros de Día geriátricos y psicogerriátricos. En: Revista española de gariatría y gerontología. Vol. 31. Ed. Gursi Masson. Madrid.
3. LOPEZ, M. C., & LOPEZ MARTINEZ, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares de mayores dependientes en el hogar:desarrollo del programa.Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO.

Capítulo 168

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN LA CURA DE HERIDAS

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

1 Introducción

En este capítulo vamos a desarrollar el protocolo de actuación conjunto del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) y el diplomado universitario en enfermería (DUE) en el cuidado de las heridas, especificando en cada una de las actividades a quien le corresponde y con el fin de prevenir infecciones en estas.

Pero, ¿qué es una herida?

El sustantivo femenino herida se ha formado a partir del participio del verbo herir, verbo proveniente del latino ferire (que traducido literalmente al castellano da los verbos : herir, golpear y batir).

Una herida es una lesión física en el cuerpo, que puede afectar solamente a la piel, por debajo de la piel o ambas partes debida a agentes físicos, agentes biológicos y/o agentes químicos.

Las heridas pueden clasificarse en función del objeto causante, según la profundidad, según la cicatrización, según el riesgo de infección, según la integridad de la piel, según la gravedad de la herida, etc., siendo el DUE el encargado de determinar el tipo de cura en cada caso de herida. Pero existen unas normas generales prácticamente para el cuidado de todas ellas que pasa por limpiar la herida cuidadosamente (con agua y jabón neutro o suero fisiológico), secarlas, aplicar antiséptico y cubrirla con apósito hipoalergénico o vendaje.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Desarrollar el protocolo de actuación para llevar a cabo el cuidado de las heridas.

Objetivo secundario:

- Poner en valor la figura del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.

Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, herida, etimología de herida, formas de clasificar las heridas, normas generales para la cura de heridas y protocolo de actuación para llevar la cura de heridas en pacientes.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban: funciones de los técnicos en cuidados de enfermería en el ámbito sanitario, herida, etimología de herida, formas de clasificar las heridas, normas generales para la cura de heridas y protocolo de actuación para llevar la cura de heridas en pacientes, 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la cura de las heridas previniendo así la hemorragia, infección, dehiscencia y eventración:

Preparar equipo necesario que incluye tanto personal (TCAE y DUE) y material (carro de curas, paños estériles, pinzas de disección con dientes y sin dientes, tijeras estériles, pinzas, portaagujas, bisturí, guantes estériles y no estériles, empapador, suero fisiológico, antiséptico, apósitos estériles, bolsas de basura para residuos, cremas, ungüentos, etc.).

Una vez preparado todo el equipo:

- (TCAE y DUE) Realizar el lavado higiénico de manos con agua y jabón de pH neutro.
- (TCAE y DUE) Ponerse guantes no estériles.
- (TCAE) Preparar el material al lado del paciente.
- (TCAE) Preservar la intimidad del paciente con biombo o cortinas.
- (TCAE) Informar al paciente que se le va a hacer la cura de las heridas o heridas.
- (TCAE) Pedir la colaboración del paciente y/ o familia en función de las posibilidades.
- (DUE) Realizar la valoración del dolor que padece el paciente.
- (DUE) Realizar la valoración de la piel.
- (TCAE) Pedir al paciente que se coloque o colocar al paciente en la posición adecuada en función de la zona en la que esté la herida que se va a curar.
- (TCAE) Poner empapador bajo la zona de la herida.
- (DUE) Retirar el apósito.
- (DUE) Retirar guantes no estériles.
- (DUE) Desinfección de manos con solución alcohólica.
- (TCAE) Preparar campo estéril y sobre este poner todo el material necesario (que nos haya dicho el/la DUE) para la cura.
- (TCAE) abrir sobre de guantes estériles, para que se los ponga el DUE.
- (DUE) Colocarse guantes estériles.
- (DUE) realización de la cura que pasa por limpiar la herida con suero salino fisiológico, secar con gasas estériles, aplicar antiséptico y poner apósito.
- (TCAE): acomodar al paciente.
- (TCAE): recoger todo el material utilizado, depositarlo en los contenedores adecuados, reponer el material del carro de curas que sea necesario y dejar la habitación colocada.
- (TCAE) Retirarse los guantes no estériles.
- (TCAE) Proceder al lavado de manos.

- (TCAE o DUE) Registrar en la historia de enfermería del paciente (Mambrino XXI): procedimiento realizado, características más significativas de la herida, valoración de la herida (por ejemplo, herida infectada), fecha y hora, persona que realiza la cura y la respuesta del paciente al procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería debe tener controlado todo el material que se puede necesitar en la realización de las curas (ya que dentro de sus funciones está la de preparar el material) y debe conocer el protocolo de actuación para la realización de curas para evitar al paciente esperas innecesarias y limitar al mínimo las molestias al paciente durante las curas (imaginemos por un momento un paciente con la herida curada y que no se la puede tapar el DUE porque no hemos preparado la pomada de silverderma que le tiene que poner sobre esta antes de ponerle el apósito).

6 Bibliografía

1. <https://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.
4. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill

Capítulo 169

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) UNA VEZ QUE EL PACIENTE HAYA FALLECIDO

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

1 Introducción

La muerte es una palabra que siga atormentándonos desde tiempos inmemorables, pero por la realidad y por naturaleza deberíamos acostumbrarnos a ella, pues forma parte del ciclo natural de la vida.

Al producirse la muerte clínica del paciente, es decir, deja de funcionar el sistema vascular, el respiratorio y el cerebral, el cuerpo comenzará a sufrir una serie de transformaciones pasando por diferentes etapas.

El TCAE será conocedor de todos estos cambios en el paciente fallecido y sabrá actuar acorde con la situación, por ello más adelante detallaremos cuáles serían sus funciones y el papel que desempeña este personal una vez producido el exitus

Al igual que en vida, un paciente hospitalario es cuidado y atendido por el personal TCAE en las mejores condiciones y con las mayores atenciones, también lo debe de ser igualmente tratado una vez haya fallecido.

Cuando se produzca el exitus del paciente, el personal TCAE será el encargado de proporcionarle los primeros cuidados post mortem, estos consistirán en una serie de atenciones y cuidados al cuerpo tras el fallecimiento, mostrándose de manera respetuosa hacia el fallecido llevando a cabo un manejo cuidadoso, proporcionando privacidad e intimidad al cadáver.

En nuestro trabajo de investigación enumeraremos las principales funciones del TCAE ante un exitus en el hospital por parte de un paciente y los cuidados post mortem que este personal realizará al cadáver.

2 Objetivos

Los objetivos principales de nuestro capítulo serían los siguientes:

- Analizar la figura del TCAE como nexo con el cadáver
- Detallar los cuidados que el TCAE proporcionara al paciente fallecido

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 sanitario, en este caso el personal TCAE, estará cualificado para poder atender estas situaciones que se produzcan por parte de pacientes allí ingresados. Igual que están de preparados para asistir y atender al paciente, enfermo, encamado, recién intervenido, etc lo estará para proporcionar cuidados y atenciones al que haya fallecido, tan importantes serán unas funciones como las otras.

Vamos a ver o detallar cuáles serían las funciones o protocolo a seguir una vez se haya producido el exitus y cuáles serían los cuidados post mortem a realizar al cadáver por parte del personal TCAE.

Estos cuidados es recomendables hacerlos con el mayor cuidado posible, delicadeza, privacidad y manteniendo la honorabilidad del paciente, así como lo es también de importante por parte del TCAE estar provisto de material adecuado para su protección como serían guantes, mascarillas, batas, gorros, calzas etc.

Los cuidados y protocolo a seguir sería el siguiente:

- Preparar todo el material necesario para el trato del cuerpo
- Protegerse adecuadamente con EPI

Ya directamente pasaremos al trato del cadáver:

- Cerrar los párpados del cadáver en caso de que mantuviera los ojos abiertos
- Retirar y desconectar los dispositivos que tuviese conectado el usuario
- Retirar todos los objetos personales para entregárselos posteriormente a sus familiares
- Colocar la cama en posición horizontal. El cuerpo se colocará en decúbito supino brazos extendidos a lo largo del cuerpo y palmas hacia abajo. Cabeza y hombros ligeramente elevados (con almohadas) para evitar que se acumule la sangre en la cara y que se produzca decoloración
- Se realizará una limpieza del cuerpo
- Se taponará con gasas o algodones orificios naturales. Si el cadáver tenía heridas, se le cambiarán los apósitos por unos nuevos
- Se cambiarán las sábanas de la cama
- Se identificará al fallecido colocando una etiqueta identificativa en la muñeca y otra en el tobillo.
- Se colocará la mortaja y posteriormente se introducirá en un sudario colocando otra etiqueta identificativa visible.
- Ayudaremos al personal que corresponda a colocarlo en la camilla para su posterior traslado donde la familia requiera, ya fuera trasladado por parte del personal de funeraria o por el celador a una habitación privada donde los familiares puedan tener un tiempo a solas con el cuerpo para poder despedirse .
- Se recogerá la habitación o box donde haya fallecido el paciente, retirando todo aquello utilizado para su posterior limpieza y desinfección, para su futura utilización

5 Discusión-Conclusión

Algo tan natural como la muerte no debería asustarnos tanto, pero parece ser inevitable a día de hoy. Al igual que afrontamos la vida, debemos afrontar la pérdida de un ser querido.

El personal sanitario TCAE será el encargado de cuidarnos en vida, una vez que ingresemos en un centro sanitario, ya sea para un simple control rutinario o por qué realmente estemos enfermos.

Los cuidados de este personal especializado serán fundamentales y vitales para nuestra recuperación o tratamiento, pero en caso de que el paciente no mejore y se produzca su pérdida o fallecimiento, también serán igual de necesarios los cuidados del personal TCAE hacia el cuerpo fallecido.

Este trato por parte de este personal sanitario hacia el cadáver será muy honroso y agradecido por los familiares.

El TCAE será una persona perfectamente preparada para realizar estas funciones de cuidados post mortem a la vez que las desarrollara en la más absoluta privacidad y con el mayor respeto hacia el cadáver.

6 Bibliografía

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

Capítulo 170

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

ADELAIDA SANCHEZ SORIANO

ROCIO GUTIERREZ CARRASCO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ FERNANDEZ RODRIGUEZ

LETICIA ALHAMBRA CORONADO

1 Introducción

Los laboratorios son el lugar donde se encuentran perfectamente equipados con los medios precisos para lograr conseguir unos experimentos sobre unas labores tanto de carácter científico como de carácter técnico.

Aunque no se puede saber cuál fue el primer laboratorio, pero sí podemos decir que los experimentos se han dado en muchas circunstancias y conforme ha ido pasando el tiempo se ha normalizado las reglas de este servicio según su seguridad, higiene y el control sobre las muestras y sobre el servicio.

Se tiene creencia de que los primeros laboratorios tienen el origen en el siglo XVIII, nacieron en este siglo gracias a un experimento que realizó Benjamín Franklin.

Los laboratorios del siglo XIX son laboratorios cada vez más tecnológicos, cada vez más precisos y además cuenta con un gran equipo de personal sanitario cualificado y multidisciplinar que llevará a cabo con rapidez la obtención de los resultados bioquímicos de todos los pacientes que los necesiten.

En este capítulo intentaremos acercar un poco más a las personas cuáles son las tareas que los TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) deben de efectuar a la hora de tomar una muestra de bioquímica de un paciente.

Lo principal y lo más importante es, que los TCAE conozcan los protocolos de recogida de las diferentes muestras bioquímicas de los pacientes.

Gracias a estos protocolos se consiguen minimizar los riesgos de cometer cualquier error, pérdida, etc. por estas razones las muestras siempre tiene que ir muy bien identificadas con los datos correspondientes de los pacientes y así evitar los posibles extravíos.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es explicar las funciones que tienen que realizar los TCAE en un servicio que es de vital importancia en cualquier centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las muestras bioquímicas pueden obtenerse de tres formas diferentes, la primera es en el servicio de laboratorio, al laboratorio acude gente ambulante, ya que puede ser porque su enfermedad o patologías lo permitan o porque sea una analítica de rutina.

La segunda forma es en el domicilio del paciente, esta opción suele ocurrir cuando el paciente debido a su enfermedad o a sus patologías no puede ir al centro hospitalario.

Y la tercera opción es la planta hospitalaria, esta opción es la que tiene los pacientes que debido a sus patologías y a sus enfermedades se encuentran ingresados, entonces es el personal sanitario de la planta el que le realiza la extracción de sangre o de la extracción de cualquier otro fluido corporal.

Para que las muestras sean validadas de la forma correcta, deben ir etiquetadas correctamente con el nombre, apellidos, número de historia clínica, etc. del paciente además las muestras siempre tiene ir con el volante o solicitud de la prueba. El enfermo tiene que saber en todo momento para que se le va a extraer la sangre y además de informarle que procedimientos va a seguir la enfermera, así evitaremos situaciones de desconfianza.

Tenemos que mantener de la mejor forma la asepsia mientras se realiza la toma de las muestras de cualquier micción o fluido corporal del paciente.

Según el protocolo la recogida de muestras se realizará lo más pronto posible y con la cantidad que los médicos soliciten, además dependiendo de que muestra sea, el paciente se encontrará en ayunas o no.

El personal sanitario que deba de manipular las muestras obtenidas de los enfermos, deberán de ponerse siempre guantes.

Comenzaremos explicando las funciones de los TCAE en el servicio de laboratorio o en su defecto en la recogida de muestras que lleguen desde los diferentes servicios hospitalarios.

En caso de que la recogida de muestra sea un urocultivo o un análisis microbiológico las TCAE tienen que:

Recogerán las muestras de micción en la primera hora o de la primera orina de la mañana, pero siempre desechando la primera y la última parte de la micción a recoger, para que se entienda mejor deberán tomar la mitad de la micción, además la recogida de la muestra y la muestra de orina siempre tiene que ser estériles.

Los TCAE deberán lavarse las manos y ponerse los guantes antes de realizar el procedimiento.

Le expondrán al enfermo los pasos que van a efectuar para lograr obtener las muestras necesarias.

Si el paciente es dependiente, serán las TCAE quienes le realizarán el lavado e higiene de los genitales, pero si el paciente es independiente será el mismo quien se realice el lavado e higiene de los genitales.

Secarán la zona de los genitales debidamente y con gasas estériles.

Las TCAE cogerán la muestra de micción en los botes si el enfermo es independiente, si el paciente es dependiente le colocarán la cuña o pato y de ahí recogerán la muestra.

Una vez recogida la muestra será debidamente etiquetada con las pegatinas que

contienen el nombre completo del enfermo y su historial clínico, y se bajará al servicio de laboratorio.

Si en ese momento no hay servicio de laboratorio, las muestras las guardarán debidamente refrigeradas hasta el nuevo aviso del servicio de laboratorio.

Todas las recogidas de muestras siguen el proceso anterior, ya que el protocolo no cambia, sino la muestra de la micción.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido describir en este capítulo una de las funciones más importantes de los TCAE, es lograr que las muestra tomadas a los pacientes no se contaminen o no se extravíen.

Para lograr este cometido, las TCAE deben de conocer a la perfección el protocolo que ha de seguir cuando les toque recoger una muestra.

Podemos concluir diciendo que las funciones del TCAE en estos casos son muy importantes, ya que depende de su actuación y de su bien saber que las muestras lleguen en buen estado al laboratorio para que así puedan tener el resto de equipo sanitario unos resultados aptos para ofrecer a los enfermos, así poder ponerles un tratamiento adecuado al resultado de esas muestras.

6 Bibliografía

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>.
2. Home - Formacurae “La formación en cursos de dermoestética que necesitas”. (2019, noviembre 7). Formacurae. <https://www.formacurae.es/>.
3. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f).
4. Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 171

LOS TÉCNICOS AUXILIARES EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE), CAMBIOS POSTURALES Y SUS BENEFICIOS

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

1 Introducción

El movimiento es una acción necesaria para la preservación de la salud de las personas encamadas, con movilidad reducida y dependientes, y, por lo tanto, los cambios posturales son una de las medidas preventivas para evitar diversas posibles complicaciones que son causadas por la alargada inmovilidad.

La inmovilidad de los pacientes en situación de dependencia puede deberse a la disminución de su capacidad para el desempeño de actividades básicas de la vida cotidiana causada por el deterioro de sus funciones motoras. Cuando un paciente está encamado, esta inmovilidad puede provocarle un aumento de riesgo

para el desarrollo de otras patologías como complicaciones tromboembólicas, estreñimiento, problemas urinarios, escaras y/o úlceras por presión, heridas crónicas, etc. Es por ello la importancia de una adecuada movilización periódica por parte del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) junto al personal de enfermería y celadores para así favorecer una correcta circulación sanguínea. Entre los diversos y múltiples cuidados realizados por los profesionales sanitarios están los cambios posturales que tienen como finalidad la prevención de heridas como pueden ser las úlceras de presión (UPP) y así mantener la piel intacta. Además, los cambios posturales son beneficiosos para el sistema cognitivo, favoreciendo el descanso y el bienestar de la persona.

2 Objetivos

- Exponer los diferentes tipos de cambios posturales existentes.
- Explicar la técnica más correcta para su realización por el técnico auxiliar en cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación con la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado la búsqueda sistemática en libros consultando artículos en las principales bases de datos, como: Pubmed, Google Medline y Scielo.

4 Resultados

Los cambios posturales consisten en las diversas posiciones en las que se moviliza a los pacientes que no pueden hacerlas por sí mismos con el objetivo de prevenir la aparición de úlceras y /o heridas y erosiones en la piel que pueden perjudicar o agravar su salud.

Hay diferentes clases de cambios posturales debiendo alternarlos, está recomendada su aplicación cada 3 a 4 horas respetando el descanso del paciente siempre que sea posible.

Tipos de cambios posturales:

- Decúbito lateral izquierdo o derecho: consiste en colocar al paciente de lado con las piernas semiflexionadas, hay que intentar que los huesos prominentes de las rodillas estén uno encima del otro, por lo que se recomienda una almohada

entre las mismas, y otra detrás de la espalda para la comodidad del paciente y que no se dé la vuelta, fortaleciendo el descanso, el brazo del lateral sobre el que le acostemos no deberá estar bajo el cuerpo.

- Decúbito supino: colocaremos al paciente tumbado sobre su espalda, con una almohada bajo sus pies para liberar presión en los huesos del talón (calcáneos).
- Decúbito semiprono: colocaremos al paciente boca abajo con las piernas semiflexionadas lateralmente, al igual que los brazos y la cabeza ladeada.
- Fowler y sus variantes (semi Fowler y Fowler elevado), sentaremos al paciente en la cama, elevando la articulación de la cama, colocaremos una almohada bajo sus rodillas, intentando que estén un poco elevadas.

Si el paciente tiene recomendado por el facultativo sentarse, lo levantaremos entre varias personas o utilizando medios mecánicos como la grúa elevadora.

Los cambios posturales se deben realizar entre mínimo dos personas, ayudándose con una entremetida o sábana que colocaremos por debajo del mismo, para así realizar una adecuada movilización sin riesgos ni lesiones, tanto para el paciente como para nosotros mismos.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales son los movimientos que se le realizan a aquellos pacientes que tienen una movilidad reducida debido a su condición física, ya sea temporal o permanente, con la finalidad de confortabilidad y que no se le hagan heridas en la piel.

Como hemos visto hay diversas posiciones posturales que podemos realizar, siempre adecuándolos al paciente, ya que hay algunas que por su condición de salud no son las correctas, es necesario conocer las técnicas de movilización para así evitar hacer daño al paciente y/o a nosotros mismos. Con las movilizaciones y cambios posturales se reduce considerablemente el riesgo de aparición de úlceras por presión, y contribuimos en la recuperación de la salud.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. El papel del técnico auxiliar en cuidados de Enfermería en los cambios posturales del paciente encamado en hospitalización [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/labor-tcae-cambios-posturales/>
2. de La Amas " I. "PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN CENTROS PARA PERSONAS CON DIS-

CAPACIDAD [Internet]. Comunidad.madrid. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/servicios-sociales/instruccion_no_4.pdf

3. De revisión R, Desempeña PQ. G-1 CAMBIO POSTURAL [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf

Capítulo 172

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TROMBOEMBOLIAS VENOSAS

CRISTINA GAHETE PAREJA

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

MARÍA LOZANO LÓPEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

La trombosis venosa es parte de la afección conocida como enfermedad tromboembólica venosa (TEV).

Tanto la embolia pulmonar (EP) como la trombosis venosa profunda (TVP) son afecciones médicas graves.

La vida de los pacientes puede estar en peligro. Para evitar complicaciones, los pacientes con TEV deben recibir la atención y el tratamiento adecuados. mejores resultados de salud.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), a través de la prestación de cuidados, juega un papel importante en el equipo sanitario en esta

situación. esencial para los pacientes con TEV. Además de trabajar en estrecha colaboración con el personal, su trabajo consiste principalmente en ofrecer a los pacientes apoyo y asistencia personalizados. especialistas médicos como enfermeras.

Examinaremos en profundidad el trabajo de los TCAE y la atención. pacientes con enfermedad tromboembólica venosa con la atención que ofrece. Se examinarán las distintas facetas de su trabajo, como el seguimiento de los signos vitales. administración de medicamentos, educación del paciente, movilización y prevención de complicaciones, así como apoyo emocional.

También resaltaremos la importancia de la formación y capacitación de los TCAE. en el tratamiento de pacientes con TEV. Es fundamental tener las habilidades técnicas necesarias, así como el conocimiento de los protocolos y directrices actuales. para brindar a los pacientes con TEV una atención segura y eficaz.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es el de conocer las funciones y cuidados que realiza el Técnico Auxiliar de Enfermería ante pacientes con problemas circulatorios y con diagnóstico de tromboembolias venosas.

3 Metodología

Entre febrero y Agosto de 2023 se realizó una revisión de artículos, utilizando los motores de búsqueda como Medline, Scielo y Google Académico.

También se incluyeron revisiones de bases de datos que incluyeron metanálisis sistemáticos y bibliográficos.

Se descartaron artículos que no incluían la categoría en la que nos centramos, y se utilizó la estrategia de búsqueda con "tromboembólico profundo" "tromboembólico venoso" Y "tcae" O "auxiliar de enfermería".

4 Resultados

Se pueden desarrollar coágulos de sangre en las venas y causar obstrucción, lo que se conoce como enfermedad tromboembólica venosa (TEV). sangre que fluye. La trombosis venosa es uno de los síntomas de esta afección, (TVP) o como embolia pulmonar en las extremidades inferiores. Cuando los coágulos llegan a los pulmones, causa (PE).

El Técnico Auxiliar de Enfermería interviene en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa.

La atención brindada por los auxiliares de enfermería (TCAE) es crucial en la atención al paciente. Podemos diferenciar en su cuidado y funciones, aspectos para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes con TEV.

La siguiente es una descripción de parte de la atención al paciente que ofrece TCAE en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa:

- * La monitorización de signos vitales es responsabilidad del TCAE; signos vitales de los pacientes, incluida la frecuencia cardíaca, la presión arterial y saturación de la sangre con oxígeno. Esto permite la detección de posibles cambios en la condición, si es necesario, bajo supervisión de enfermero.

- * El TCAE ayuda en la movilización y ayuda a prevenir complicaciones, y ajustes posturales realizados por pacientes con TEV para detener la formación de coágulos y mejorar el flujo sanguíneo. También trabaja con otras personas para aplicar técnicas de compresión intermitente y ponerse medias de compresión graduada para detener la TVP.

- * Administración de medicamentos: Con supervisión y orientación del personal. La administración de medicación puede ser asistida por las TCAE en enfermería, en el tratamiento de anticoagulantes y trombolíticos de acuerdo con las normas establecidas. Según lo que esto implica. procedimientos adecuados de registro y seguridad.

- * Educación del paciente: el TCAE es crucial para informar a los pacientes sobre la enfermedad tromboembólica venosa, sus peligros y sus opciones de tratamiento y cuidados.

Puede ofrecer detalles sobre el valor de la adherencia al tratamiento, el uso adecuado de medias de compresión y la movilización, así como otros factores importantes para evitar complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es esencial en el tratamiento de pacientes con enfermedades tromboembólicas venosas.

Su trabajo implica principalmente la movilización y el seguimiento de los signos vitales, y el manejo de medicamentos, educación del paciente y apoyo emocional, siempre bajo supervisión del personal de enfermería y personal médico, para asegurar un correcto seguimiento de la evolución del paciente.

En el tratamiento de pacientes enfermos, el TCAE es crucial. Su trabajo abarca una variedad de servicios y atención que tienen como objetivo brindar, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones en una atención integral al paciente. La comunicación con el personal médico debe ser clara y efectiva, además de interdisciplinaria para brindar a los pacientes con TEV la mejor atención posible y al mismo tiempo mejorar sus resultados de salud.

6 Bibliografía

1. "Pautas de profilaxis y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular." Departamento de Salud de Queensland, julio de 2015.
2. "Riesgo y prevención de tromboembolismo venoso" Ken Bauer.2015.
3. "La profilaxis del tromboembolismo venoso" Jonathan Larrea, MD, y Bradley Champagne, MD.
Clin cppm Cirugía Rectal 2013

Capítulo 173

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN CITOSCOPIAS

CRISTINA GAHETE PAREJA

MARÍA LOZANO LÓPEZ

VICTOR MOLINA SUAREZ

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

Los profesionales médicos utilizan un procedimiento llamado cistoscopia para mirar el interior del aparato urinario, utilizando un dispositivo conocido como cistoscopio para examinar la vejiga urinaria.

Es una táctica que permite la visualización directa de la mucosa de la vejiga y la detección rápida de posibles anomalías, incluidos tumores, cálculos, inflamación o infecciones.

Se introduce a través de la uretra para insertar el cistoscopio durante una cistoscopia de vejiga.

El cistoscopio es un tubo corto y flexible con una luz en su interior y una cámara al final. Así se puede realizar una inspección visual en tiempo real de la vejiga mediante un monitor mientras se avanza en el interior.

El cistoscopia permite realizar otras acciones además de la visualización; ayuda para facilitar cauterizar pequeños vasos sanguíneos mientras se recolectan muestras de tejido para biopsias, que puedan estar sangrando o realizando procesos terapéuticos, como extracción de cálculos o resección de tumores superficiales. Dependiendo de las necesidades y preferencias del paciente, se puede realizar una cistoscopia bajo anestesia local o general.

El procedimiento consiste en aplicar un enema al paciente y permitiendo que vacíe la vejiga para garantizar una visualización clara.

La citoscopia se utiliza para diagnosticar y realizar un seguimiento de una serie de afecciones, como cálculos urinarios, infecciones recurrentes o enfermedades de la vejiga como el cáncer, un sangrado que no es normal. También se puede utilizar como componente de prueba, regularmente en pacientes de alto riesgo o para evaluar la eficacia de algún tratamiento de afecciones de la vejiga en casos anteriores.

Es importante recordar que una cistoscopia es un procedimiento médico invasivo, debe realizarlo un especialista cualificado, como un urólogo.

El resultado de la cistoscopia puede ayudar al médico a diagnosticar con precisión al pacient

2 Objetivos

El principal objetivo de este estudio es el de conocer las funciones y los cuidados realizados por el Técnico Auxiliar de Enfermería en los procedimientos en los que se utilizan las citoscopias.

3 Metodología

Se realizó una investigación para ayudar con el desarrollo de este trabajo y un análisis bibliográfico de artículos relacionados con el Tcae y las citoscopias. Se han elegido los artículos de las bases de datos primarias de Scielo, Medline y Pubmed, que englobaban la búsqueda de información relacionada con la categoría del estudio.

4 Resultados

Es importante conocer el papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, apoyando y asistiendo tanto al paciente como al procedimiento

de cistoscopia (al personal médico).

Entre las funciones del Tcae en citoscopias podemos reconocer que:

*Previo a la cistoscopia, el paciente es preparado por el técnico auxiliar de enfermería, ayudando al paciente a prepararse. Esto podría implicar darle a la paciente una explicación detallada del procedimiento, abordar sus consultas e inquietudes y ayudarla a asumir la postura adecuada para el procedimiento.

*Durante una cistoscopia, el Tcae es el encargado de preparar los materiales y equipos, tener listos todos los suministros y herramientas necesarios para la cistoscopia. Eso implica verificar si el cistoscopio está funcionando correctamente. Asegurarse, por ejemplo, de tener a mano las herramientas y los suministros estériles necesarios para el procedimiento.

El médico o especialista que realiza el procedimiento recibe asistencia inmediata por parte de enfermería en el procedimiento. Llevar herramientas y suministros esterilizados puede entrar en esta categoría siguiendo las instrucciones del médico y aspirar líquidos o irrigar la vejiga, y ayudar a controlar los signos vitales del paciente.

El técnico auxiliar de enfermería es el encargado del cuidado y confort del paciente, el bienestar y comodidad del paciente durante todo el procedimiento. Esto implica tranquilizar al paciente, ofrecerle apoyo emocional y describir lo que ocurre durante cada paso del proceso, puede ser útil para reducir cualquier malestar o dolor que el paciente pueda sentir.

*Registro y documentación: durante la cistoscopia, el técnico auxiliar de enfermería registra y documenta información crucial, incluidos los signos vitales del paciente, la duración del procedimiento y cualquier incidente o complicación que pudiera ocurrir. Este dato es fundamental para el seguimiento del paciente y la elaboración precisa de informes médicos.

El auxiliar técnico de enfermería garantiza que se respeten los estándares de seguridad y asepsia durante todo el procedimiento de cistoscopia. Esto implica asegurarse de que todas las herramientas y suministros que estén presentes en los alrededores estén ordenados y limpios, y que las superficies estén estériles.

* Después del procedimiento se limpia el equipo y posteriormente se desinfecta.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico auxiliar de enfermería es fundamental para el procedimiento de cistoscopia. Es clave en la preparación adecuada de materiales y

equipos, ayuda a enfermería y al personal médico durante el procedimiento, vela por la comodidad y bienestar del paciente y registra la información pertinente, además de mantener el entorno quirúrgico seguro y aséptico.

Para ello es imprescindible tener buena comunicación y un buen engranaje entre todo el personal que interactúa en estos procedimientos de citoscopias, ya que es un área en la que el equipo es multidisciplinar, englobando anestesistas, urólogos, médicos de medicina interna, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- 1- "Urología práctica" 5ª Edición. ELSEVIER ESPAÑA. E. Broseta
- 2- "Cistoscopia e urografía" Editorial: Abruzzini, 1951. AAVV

Capítulo 174

EL PACIENTE POSTOPERADO: CUIDADOS QUE DEBE BRINDAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SONIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El postoperatorio se define como el tiempo que transcurre desde que un paciente es operado hasta que se recupera por completo. Por lo que, se conoce al paciente postoperado como aquella persona a la que un equipo médico le acaba de realizar una intervención quirúrgica.

Existen tres tipos de postoperatorio:

- Postoperatorio inmediato: son las primeras veinticuatro horas tras la intervención, cuando los pacientes intervenidos están muy graves, este postoperatorio dura hasta que las funciones vitales de su organismo se normalicen por completo.
- Postoperatorio mediano: comienza tras las primeras veinticuatro horas tras la intervención quirúrgica, puede durar días o meses.
- Postoperatorio tardío: comienza en el domicilio y dura alrededor de un mes tras el alta hospitalaria. En ocasiones, con este tipo de postoperatorio pueden surgir complicaciones asociadas a la intervención.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) será el encargado de prestar todos los cuidados que el paciente postoperado necesite, además le proporcionará una serie de medidas que le ayuden a paliar el dolor que puede aparecer tras la intervención. Algunos consejos son:

- Si el médico ha prescrito analgesia, avisar a la enfermera para que se lo proporcione.
- Uso de hielo, ya que tiene propiedades analgésicas y alivia la inflamación disminuyendo la sensibilidad y el dolor.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo será conocer todos y cada uno de los cuidados que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá brindar al paciente postoperado.

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: cuidados, paciente, postoperado. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá prestar una serie de cuidados al paciente postoperado que serán los enumerados a continuación:

- Una vez que el médico considere que el paciente puede comer y pautar una dieta líquida para probar tolerancia, el profesional sanitario deberá ayudar a este en la ingesta de alimentos si es necesario.
- Facilitar la ingesta de los analgésicos indicados por el médico para aliviar el dolor durante el postoperatorio.
- Estar pendiente de las horas de los medicamentos de los pacientes como los antibióticos y cumplirlas con exactitud.

- Si el paciente padeciese náuseas o vómitos, controlarlos con medicación prescrita por el médico.
- Vigilar la temperatura del paciente, puede ser normal que los pacientes postoperados puedan tener fiebre durante las primeras 48h tras la intervención quirúrgica, esto se debe a que el organismo se esta defendiendo de la agresión causada por la cirugía.
- Ayudar al paciente en la higiene diaria, en la zona intervenida se retirará el apósito y se limpiará bien con agua y jabón.
- Si se notan cambios en la herida como inflamación, enrojecimiento, dolor y salida de líquido a través de ella, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá informar al especialista de inmediato.
- Si surgen síntomas como fiebre o falta de aire avisar al médico médico inmediatamente.
- Informar al paciente que debe evitar hacer esfuerzos o cargar objetos después de la cirugía.
- Aconsejar al paciente que deambule solo o con su familia, a partir de las 12-24 horas tras operación, de esta manera facilitará la expulsión de gases y así disminuirá las molestias intestinales.
- Estar atento cada día durante las curas con el equipo de diplomados de enfermería y vigilar posibles infecciones postoperatorias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realice junto con el equipo médico y de diplomados/as de enfermería un seguimiento exhaustivo del paciente postoperado. Realizando un control de las constantes vitales en las primeras veinticuatro horas tras la intervención, proporcionando las medidas analgésicas pautadas por los médicos y prestando todo tipo de servicios que ayuden al paciente a sentirse más cómodo, como la aplicación de hielo siempre que se pueda en una zona inflamada. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental, ya que lo ayudará además en su higiene o ingesta si este paciente no pudiera por sí mismo.

6 Bibliografía

1. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1431&sectionid=97878968#:text=Se%20llama%20posoperatorio%20al%20periodo,d%C3%ADas%20despu%C3%A9s%20de%20la%20operaci%C3%B3n.>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/aftersurgery.html>.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-recuperacion-post-anestesica/#:text=El%20TCAE%20forma%20parte%20del,cuidados%20hasta%20su%20alta%20hospitalaria.>

Capítulo 175

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE ESPIROMETRÍAS

CRISTINA GAHETE PAREJA

VICTOR MOLINA SUAREZ

MARÍA LOZANO LÓPEZ

M.SOLEDADE GOMEZ GONZÁLEZ

ROCIO GARCIA PUNZANO

1 Introducción

Un procedimiento diagnóstico que evalúa la función pulmonar es la espirometría. Procedimiento que permite medir tanto la cantidad de aire que una persona puede inhalar como exhalar, así como la rapidez y eficacia con la que lo hace.

El instrumento que se utiliza para realizar esta prueba es un espirómetro, una herramienta que realiza un seguimiento del flujo y el volumen de aire, mientras respira.

El paciente inhala profundamente y luego exhala rápidamente durante la espirometría, se mide velocidad y fuerza sobre el espirómetro. Como resultado, es posible medir una serie de parámetros respiratorios, incluidos el volumen y el flujo de aire y la capacidad pulmonar total. La capacidad vital, FEV1 (volumen

espiratorio forzado en 1 segundo), y la relación (FEV1/FVC) entre la capacidad vital forzada y el FEV1.

El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son dos enfermedades respiratorias que pueden evaluarse mediante espirometría, así como la fibrosis pulmonar y otras afecciones pulmonares obstructivas o restrictivas.

Además, se emplea para evaluar qué tan bien están funcionando los tratamientos respiratorios y rastrear el desarrollo de enfermedades respiratorias a lo largo del tiempo.

El procedimiento de espirometría es rápido, no invasivo y, por lo general, bien tolerado. Puede ser realizado por personal médico o técnico capacitado en una clínica, hospital u otro centro médico que se centre en pruebas de función pulmonar.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es describir las funciones que realiza el técnico auxiliar de cuidados de enfermería durante la espirometría.

3 Metodología

Se realizó una investigación para ayudar con el desarrollo del presente trabajo, que comprende un análisis bibliográfico de la literatura científica publicada. Así, se ha realizado una búsqueda organizada de los libros y artículos consultados de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con información sobre el tema de investigación y sobre la categoría que nos concierne.

4 Resultados

Un papel fundamental en el área de espirometrías lo desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, realizando espirometría y asistiendo al paciente durante todo el procedimiento.

Sus deberes en esta situación incluyen lo siguiente:

* Preparación del equipo: El técnico auxiliar de enfermería es el encargado de preparar el espirómetro para asegurarse de que esté en buenas condiciones de funcionamiento. Esto también implica comprobar y calibrar la maquinaria.

Se encarga de que todo el material esté disponible y colocado de forma correcta.

El técnico auxiliar de enfermería explica de forma clara y concisa el procedimiento al paciente antes de iniciar la espirometría. Aclara los procedimientos de inhalación y exhalación y atiende cualquier consulta o inquietud que pueda tener el paciente, además de que ayudar en el posicionamiento del paciente al realizar una espirometría, es fundamental para realizar las pruebas de funcionamiento pulmonar. El paciente puede adoptar con la ayuda del técnico auxiliar de enfermería una postura correcta y cómoda, asegurándose de estar sentado o de pie correctamente.

La instrucción y dirección son proporcionadas por el técnico asistente de enfermería durante el procedimiento al al paciente sobre cómo respirar profundamente, lo instruye y guía para hacerle forzar el ingreso de aire al espirómetro. Se requiere estímulo e instrucciones claras para exigir al paciente que realice el esfuerzo necesario.

El técnico auxiliar de enfermería registra los datos obtenidos, como el volumen y la capacidad del flujo de aire, que se miden durante la espirometría, además de indicadores vitales y otras mediciones. El médico necesita conocer estos detalles, ya que es el encargado de diagnosticar la situación e interpretar los hallazgos.

*Mantenimiento y limpieza del equipo: El técnico auxiliar de enfermería es el encargado de limpiar y desinfectar a fondo el espirómetro y sus accesorios después de cada uso. También está a cargo del mantenimiento, realizar una inspección general del aparato, incluida la prueba de su funcionalidad y la realización de los ajustes necesarios.

*Comodidad del paciente y apoyo emocional: El técnico auxiliar de enfermería vela por la comodidad del paciente y ofrece apoyo emocional durante todo el procedimiento al paciente. Se escuchan sus preocupaciones, se calma su ansiedad y ayuda a sentirse seguro y cómodo durante todo el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar de enfermería desarrolla un papel muy importante en el área donde se realizan las espirometrías, sus funciones a llevar a cabo van desde configurar las herramientas y explicar el proceso, hasta ayudar al paciente mientras se realizan las pruebas, y mostrar su apoyo para calmar y motivar su esfuerzo en estas pruebas.

Su implicación es crucial para garantizar que quede registrado todos los datos del espirómetro para que después se puedan comprobar los resultados. Además de brindarle al paciente un ambiente seguro y cómodo.

Para que el procedimiento sea eficaz, es imprescindible que el equipo multidisciplinar esté bien comunicado y compenetrado.

6 Bibliografía

1. Bentez-Pérez, Rdo E. L. Torre-Bouscoulet. Villca-Alá, N. Del-Ro-Hidalgo, R. F. ,
Pérez-Padilla, R., y Vázquez-Garca, J. C. ,... así como L. Gochicoa-Rangel. (2016).
2. Espirometría: métodos y recomendaciones. NCT Cirugía y Neumología.
Tórax 75(2):173-190.

Capítulo 176

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

1 Introducción

Los cuidados paliativos, como su nombre bien indica, consisten en cuidados específicos para poder calmar o paliar el dolor, la angustia o sufrimiento que estos pacientes padecen debido a la enfermedad que están sufriendo, la cual ya es incurable y en su fase terminal.

Algún tipo de estas enfermedades podrían ser el cáncer en estado muy avanzado, patologías respiratorias, cardiovasculares y enfermedades neurodegenerativas. Los cuidados paliativos estarán disponibles para el paciente tanto en el hogar como en un centro hospitalario, y estos cuidados serán llevados a cabo por un

equipo sanitario altamente cualificado, desde enfermería, fisioterapeutas, médicos, psicólogos y no menos importante la figura del TCAE.

El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de las personas que están sufriendo este tipo de enfermedad incurable y de sus familiares, dándoles una atención completa y personalizada que les permita afrontar la enfermedad de manera más efectiva y con menos sufrimiento, ya sea mediante medicación, ejercicios, tareas, comprensión, descanso ...

En nuestro trabajo hablaremos sobre como tratar a este tipo de pacientes, de qué herramientas disponemos y a qué población van dirigidos este tipo de cuidados tan específicos, así como el papel que desempeña el TCAE en el área de cuidados paliativos en un centro hospitalario.

2 Objetivos

Los objetivos de nuestro capítulo de investigación serán:

- Explicar que son los cuidados paliativos.
- Describir qué tipo de pacientes van dirigidos dichos cuidados.
- Enumerar las funciones del TCAE en la asistencia a pacientes que necesiten de estos cuidados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos son un tipo de cuidados específicos que se ofrecen o se realizan para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que pone la vida en peligro, como el cáncer. Estos cuidados se realizarán con o sin intención de curar la enfermedad, pues prácticamente cuando se ofrecen estos cuidados es porque el paciente suele estar en la fase terminal de la enfermedad.

Los cuidados paliativos pueden incluir una variedad de tratamientos y técnicas, dependiendo de las necesidades individuales de cada persona. Algunas de las herramientas y terapias que se pueden utilizar para llevar a cabo los cuidados paliativos incluyen:

CONTROL DEL DOLOR

El equipo sanitario utilizará todas las herramientas de las que disponga para poder calmar y moderar el dolor que puedan sufrir estos pacientes, ya sea mediante la administración de medicación como podría ser analgésicos , antiespasmódicos, sedantes, morfina, etc. Como implantando fisioterapia para ejercitar los músculos o terapias ocupacionales y mucha comprensión.

APOYO EMOCIONAL

El equipo sanitario brindará siempre su ayuda emocional y psicológica, ofreciendo terapias grupales o individuales, así como en el tema que tratamos el personal TCAE será un apoyo fundamental para estos pacientes, pues este personal será el que más tiempo pase con ellos en el centro, pues estarán siempre pendientes del control de su evolución, desde sus constantes hasta el control de la orina, así como de su aseo personal y de mantener una estabilidad y un confort en su estancia en el centro hospitalario.

El TCAE mostrará empatía y cercanía y será lo más amable y cordial posible tanto con el paciente como con sus familiares.

ATENCIÓN MÉDICA

El equipo sanitario utilizará todos los recursos médicos de que disponga para el correcto tratamiento del paciente.

APOYO ESPIRITUAL

Si el paciente lo desea, el centro dispondrá de líderes espirituales y religiosos para ofrecer el apoyo que les sea necesario

CUIDADOS DE APOYO

Esta será la parte más importante donde aparezca la figura del TCAE ,estos cuidados consistirán en los más cotidianos del día a día, asearse, vestirse, andar un poquito, la alimentación, etc.

Estos cuidados serán llevados a cabo por el personal TCAE, actividades tan simples como esta serán fundamentales para que la estancia del paciente en el centro hospitalario, sea de lo más llevadera y cómoda. De ahí la importancia del TCAE realizando estas funciones tan importantes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de nuestro trabajo de investigación, hemos podido conocer en que consisten los cuidados paliativos, quién los realizan y a quién van dirigidos. La principal función de dichos cuidados podemos decir que es la de intentar mejorar la calidad de vida del paciente, así como asesorar y hacer más llevadera la enfermedad a los familiares del paciente.

En este trabajo también hemos visto la importancia del papel del TCAE frente a estos pacientes, cuáles serían sus principales cuidados y el apoyo que deben mostrar.

En conclusión, resaltaremos la figura del TCAE en el área de cuidados paliativos de un centro hospitalario, pues su labor y funciones serán fundamentales y necesarias para poder hacer que la calidad de vida del paciente mejore en cuanto a lo que se pueda o permita la enfermedad.

El cubrir las necesidades básicas del paciente será la tarea más importante a cubrir por parte del TCAE y la más satisfactoria para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 177

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

1 Introducción

El hospital de día es un lugar donde se asiste al paciente y donde recibe técnicas terapéuticas en un entorno familiar y sin falta de ser hospitalizado.

El paciente usuario de este servicio es internado por un periodo de unas horas determinadas, durante las cuales recibe tratamientos especializados por parte del personal sanitario y por el que necesitan tener un seguimiento o tener aparatos médicos.

Al finalizar los tratamientos en paciente siempre se irá a su hogar. Las patologías que se pueden tratar en el hospital de día pueden ser varias, desde problemas con adicciones, trastornos alimenticios, enfermedades psiquiátricas, de la vejez o recibir tratamientos oncológicos, estos son los usuarios de mayor porcentaje.

El hospital realiza una evaluación y un diagnóstico que es necesario para asegurar que tengan una asistencia de calidad por parte de los profesionales que están haciendo en el servicio el trabajo. También ofrecen la atención y el apoyo a los familiares de dichos pacientes y siempre los mantendrán informados según lo requieran.

Las ventajas que tiene un hospital de día es que no tienen que estar ingresados y por ello tienen más calidad de vida. También hay que decir que los hospitales de día son un ahorro para la sanidad, ya que las hospitalizaciones son mucho más costosas.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el hospital de día oncohematológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado 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 los hospitales de día los pacientes que más utilizan este servicio podemos decir que se trata de los pacientes oncológicos. Recordamos que el cáncer afecta a una de cada tres personas.

Se puede desarrollar en cualquier parte de nuestro cuerpo y podemos clasificarlos en dos categorías: - Hematológicos (sangre).

- Tumor sólido: Cuando las células crecen de forma descontrolada.

Cuando se detecta un cáncer se hacen estudios, pruebas y cuando obtenemos un diagnóstico procederemos al tratamiento. Cuando estamos en el hospital de día con estos pacientes o con otros de otro tipo de categoría el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) interviene con los pacientes en todo lo necesario, ya que ayuda a médicos y enfermeras en el buen funcionamiento de la unidad.

Parte de las tareas del TCAE serían:

- Recibir, identificar y pesar al paciente.
- Realizar pegatinas identificativas del paciente.
- Proporcionar a la enfermera los tubos necesarios para la extracción de sangre, identificar y llevar las muestras al laboratorio.
- Ayudar a la enfermera en el carro de paradas.
- Limpiar y mantener la unidad según el protocolo establecido en cada lugar.
- Colocar los pedidos de material y farmacia.
- Atender las demandas de ingesta de líquidos.
- Colaborar con el médico y la enfermera en los que les sea requerido entre otras muchas funciones.

En la unidad debe de existir un cuadro en el que se refleja los trabajos habituales, tanto de enfermeros como de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y así fomentar el buen funcionamiento del hospital de día. El equipo siempre se debe de mostrar cercano y disponible en toda la duración del proceso que va a seguir el paciente.

También debemos distinguir entre hospital de día y centro de día, la diferencia que tienen es si reciben la misma asistencia, pero en el centro de día reciben asistencia que no es sanitaria y además es solo para personas mayores.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión el equipo de enfermeras y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en los hospitales de día y son altamente cualificados para desarrollar el trabajo, proporcionan una información específica del tratamiento a realizar proporcionan cuidados personalizados y se realizan recomendaciones para el autocuidado del paciente.

Por lo tanto, para que en los hospitales tengan una mayor calidad de vida dichos pacientes pueden también estar acompañados durante su tratamiento por sus familiares o amigos. Depende de los hospitales de día las actividades que desarrollan pueden ser varias.

Tienen varias categorías que pueden ser:

- Terapéuticas (administración de fármacos).
- Diagnósticos (casos clínicos sencillos).
- Vigilancia (por ejemplo algún tipo de postoperatorio).
- Otros procesos (ensayos clínicos).

6 Bibliografía

1. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Libro_Hospitales_Dia_en_Oncologia.pdf.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casos-clinicosarticulos/hospital-de-dia/>.
3. Técnicas básicas de enfermería. Ciclos formativos grado medio/Evangelina Pérez de la plaza. Ana María Fernández Espinosa.
4. <https://revistamedica.com/importancia-hospital-dia-pacientes-oncologicos/>.

Capítulo 178

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE ASMA

VICTORIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

ISABEL CASTILLO PASCUAL

BELEN TORRESANO MOTA

SARA RIVERO CARMONA

DIANA GARCÍA DE LOS REYES

1 Introducción

El asma afecta a las vías respiratorias que son las responsables de llevar el aire tanto hacia dentro como hacia fuera de los pulmones y está considerada como una enfermedad crónica y no transmisible.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay unos 235 millones de personas que sufren esta enfermedad crónica en el mundo y en nuestro país se considera que el porcentaje se sitúa entre un 3 % y un 7 % entre la población adulta y entre la población infantil se estima que está entre el 5 % y 10 %.

Aproximadamente en la mitad de los casos, antes de cumplirse los 10 años de edad, se produce el asma. Las niñas en comparación con los niños la sufren tres

veces menos hasta cumplir la edad de los 15 años. Una vez superada la edad de los 40 años se produce más habitualmente en las mujeres en comparación con los hombres y también a partir de esa edad es una enfermedad mucho menos frecuente.

El asma no afecta de igual manera a las personas que lo sufren, su gravedad es variable dependiendo de cada persona y se puede manifestar de forma diferente. Puede manifestarse una o más veces durante el día o la semana y en ciertos casos empeora durante la noche o con la realización de la actividad física.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir qué es el asma y cómo se manifiesta.

Objetivos secundarios:

- Identificar los signos y síntomas de esta enfermedad crónica y los tipos de asma.

3 Metodología

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

4 Resultados

El asma está considerada una enfermedad crónica que produce que se hinchen o estrechen en los pulmones las vías respiratorias. Esto provoca que se presente dificultad en la respiración como sibilancias, falta de aliento u opresión en el pecho y tos. La inflamación de las vías respiratorias es la causante de la aparición del asma. Cuando el recubrimiento de las vías respiratorias se inflama, los músculos que hay a su alrededor se tensionan, disminuyendo la cantidad de aire que puede pasar por ellas y presentándose un ataque de asma.

Muchas sustancias que desencadenan las alergias también desencadenan el asma. Polen, ácaros del polvo, moho o incluso la capa de las mascotas son alérgenos comunes. También hay desencadenantes irritantes como humo, contaminación ambiental o aerosoles. Los síntomas del asma se suelen incluir tos (con o sin

flema), tiraje intercostal, problemas en la respiración que suelen verse aumentados con el ejercicio, silbidos al respirar, dolor en el pecho o rigidez o dificultad para dormir.

Existen dos tipos de asma:

- Asma alérgica, el más común, alérgenos comunes del medio ambiente la activan como los ácaros del polvo, gases de los automóviles, humo, aroma de perfumes y así un sinfín de ellos.
- Asma no alérgica, o intrínseca, no necesita un alérgeno para iniciar un ataque. Se produce debido a factores genéticos o ambientales como puede ser el frío, humedad, estrés o infecciones respiratorias como resfriado, gripe o infección de los senos nasales.

El tratamiento del asma consiste en seguir las indicaciones del especialista en la toma de medicamentos, eliminar los desencadenantes y vigilar los síntomas.

Existen dos tipos de medicamentos para el tratamiento del asma que son:

- Los medicamentos de control para evitar ataques que previenen los síntomas en las personas con asma moderada o grave. Alguno de estos se inhalan como los esteroides y otros son por vía oral.
- Los medicamentos de rescate o alivio rápido para tomar en el momento del ataque, entre los que se encuentran los inhaladores (broncodilatadores de acción corta) y los corticoides para ataques graves de asma.

5 Discusión-Conclusión

El asma es una enfermedad crónica que no tiene cura y aunque los síntomas no se presenten regularmente, sino de forma irregular, podría empeorar en cualquier momento, de ahí que es importantísimo seguir el tratamiento farmacológico indicado por el especialista y tomar las medidas de cuidados necesarios para llevar una vida normal y activa.

El conocimiento de los desencadenantes y sustancias que irritan las vías respiratorias es fundamental para reducir los síntomas del asma. Cubrir camas con fundas a prueba de ácaros del polvo, un aspirado regular, eliminar el humo del tabaco en casa, en otras situaciones, se vuelve fundamental en el día a día de un asmático, al igual que evitar la contaminación atmosférica como el polvo industrial u otros vapores irritantes.

6 Bibliografía

1. Martínez-Moratalla J, Almar E, Sunyer J, Ramos J, Pereira A, Payo F, et al. Estudio Europeo del Asma.
2. Identificación y tratamiento de individuos con criterios epidemiológicos de asma en adultos jóvenes de cinco áreas españolas. Arch Bronconeumol. 1999;n35:223-8.

Capítulo 179

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL

SANDRA MELLINAS GARCIA

ANA TERCERO ALFARO

SONIA FAJARDO MELLINAS

ESMERALDA SEVILLA MORENO

EVA MARIA GARCIA REBOLLOSO

1 Introducción

La nutrición enteral es una técnica especial por la cual se introducen nutrientes en forma líquida o como una fórmula. Se realiza a través de una sonda nasogástrica (un tubo de goma o silicona) que va desde la nariz hasta el tubo digestivo, es una sonda especializada.

Se lleva a cabo cuando existe problemas para el paciente que bien o no puede digerir alimentos por su propia voluntad o que tiene dificultad para llevar a cabo la ingesta y hay riesgo de sufrir atragantamiento.

Con ello intentamos mantener o mejorar el estado nutricional de los pacientes y para su adecuada necesidad metabólica.

El técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) será el encargado de suministrar al paciente de manera manual medicación, agua o alimentos por la sonda o por sistema mecanizado (sistema de bomba de nutrición enteral) según las necesidades y prescripciones médicas.

El técnico debe asegurarse de la posición del paciente que será inclinada a unos 45° mínimo para su correcta alimentación, se hará de manera gradual y constante para evitar el reflujo o cualquier otra complicación.

Se podrá llevar a cabo también por sistema de bomba donde la alimentación que va a llevar y el agua va pautada dependiendo de necesidades. Primero empezaremos con una administración baja (de menos a más cantidad) que va a pasar a través de la sonda y cada tiempo determinado (ejemplo; le han pautado 20 ml de comienzo cada hora por lo que el auxiliar habrá programado la bomba para que cada hora le pase de manera continua 20 ml) y si el paciente va tolerando bien y no hay residuos (que se lleva a cabo con una jeringa de 50 ml a través de la sonda aspiramos y lo que recoja serán los residuos, si no sobrepasa los 300 ml seguiremos con nutrición si tiene más de eso pararemos la nutrición y pondremos la sonda a bolsa) subiremos la administración hasta un máximo que es de 60 ó 80 ml aunque va a depender del peso del paciente pudiendo ser más la cantidad o menos.

El técnico auxiliar colaborará en todos sus procesos y en conjunto con el personal sanitario para la colocación de la sonda, para administrar el alimento y mantenimiento de la sonda (hay que mantener su permeabilidad para el paso de la nutrición y evitar así obstrucción) o para la colocación de dispositivos pertinentes cuando lo requiera el facultativo o personal de enfermería o sea oportuno.

2 Objetivos

Destacar el papel fundamental del TCAE que realiza en el proceso de ejecución, mantenimiento y cuidado del paciente con nutrición enteral.

3 Metodología

Para la investigación realizada se ha efectuado una búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo, Medline, entre otras. Además, se han consultado diversos libros (como el de técnicas básicas del Técnico Auxiliar de enfermería), artículos científicos y revistas para complementar el estudio teórico.

4 Resultados

La nutrición enteral según la OMS:

”Comprende todas las acciones que se realizan para mantener el estado nutricional adecuado del paciente que no puede alimentarse por la vía oral. Como podemos observar, no es una afección; sin embargo, es posible clasificar el problema con la CIE-10, la cual proporciona el código: R63.30 abr 2019”

Se observa en la mayoría de pacientes la mejoría, puesto que hay una corrección en los problemas nutricionales porque lo que se quiere llevar a cabo es recuperar la falta de nutrientes, que por circunstancias diversas el paciente es incapaz de hacerlo por sí mismo.

La administración de la nutrición enteral tiene un alto coste y crea alto nivel económico tanto para la seguridad social como para el círculo familiar, por lo que hay que establecer una correcta y adecuada indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración.

Es una forma directa y necesaria de apoyo nutricional. La función es establecer el equilibrio nutricional del paciente, suministrando los nutrientes directamente al paciente cuando este no puede hacerlo por sí mismo y que pasan directamente al aparato digestivo a través de la sonda

Cuando se aplica mediante la sonda nasogástrica pueden aparecer complicaciones como puede ser: diarrea, vómitos, regurgitación, distensión abdominal, aumento de residuos, etc.

Se recomienda aquellos pacientes que no pueden hacerlo por sí mismo, no quieren, no deben o no pueden, pero mantienen su intestino funcionando.

Hay 3 métodos de alimentación enteral:

1 Por bolos

2 Alimentación continua

3 Alimentación por gravedad

El uso de la sonda nasogástrica se recomienda de 4 a 6 semanas.

Según los estudios científicos se ha notado una mejora en las complicaciones infecciosas, en el tiempo de estancia hospitalaria que un paciente pasa, el coste que como anteriormente hemos dicho es alto y en la reducción de días que el paciente tiene que llevar ventilación mecánica.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe ser resolutivo, constante y tener paciencia para llevar a cabo el procedimiento de administración por la sonda, para el cuidado y mantenimiento de ella o si se presenta cualquier complicación, ser capaz de dar resolución siguiendo un protocolo y actuando bajo la supervisión de enfermería.

En estos casos todo el personal sanitario que esté en servicios que requieran de estas necesidades sería aconsejable el reciclado o la formación para llevar a cabo y de manera adecuada la correcta administración, dar servicio correcto y adecuado en cuanto a la nutrición etc. y así dar un buen servicio de calidad y un mejor desarrollo del servicio.

6 Bibliografía

https://www.chospab.es/Enfermería/protocolos/originales/nutricion_enteral.pdf http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200012
https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_Enfermería/T9-AE-SCS-2007.pdf
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400003 <http://promedan.net/wp-content/uploads/2017/08/PR-04-011-SAS-Nutrici%C3%B3n-Enteral.pdf>
<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/3990/TE-842.pdf?sequence=1&isAllowed=y> <https://www.binasssa.cr/bibliotecas/bcg/manual.pdf> https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_coidados_peg_correcions_pl.pdf

Capítulo 180

LA PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS VISITAS A DOMICILIO DE PACIENTES PALIATIVOS

MERCY DEL ROCIO CHAVEZ ROMERO

M^a NIEVES CUTANDA GARCIA

NOHELIA ESTHER FERRUFINO ARRIAGA

FRANCISCA GOMEZ MARTINEZ

YOLANDA SANTAELLA DIAZ

1 Introducción

Un paciente paliativo es aquel que se encuentra en una fase de su enfermedad en la que ya no se puede curar con tratamiento. La función del equipo médico y de enfermería es proporcionarle la mayor calidad de vida en este momento.

Normalmente, la esperanza de vida en estos pacientes es inferior o igual a seis meses.

Los pacientes y los familiares pueden elegir si pasan este proceso en casa o en ingreso hospitalario.

El equipo que atenderá tanto el paciente como a su familia es un equipo multidisciplinar, en el que intervienen a oncólogos, médico de familia, psicólogos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Cuando la familia hay el paciente deciden pasar este proceso desde casa, los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el resto del equipo de enfermería se establecen desde su centro de primaria, el equipo sanitario les ayuda y enseña a cómo cuidar a su familiar.

En este caso, la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es muy importante, ya que será el encargado de enseñarles a llevar a cabo la higiene personal, cambios de pañal, cambios posturales... Y en definitiva, las rutinas básicas diarias.

El técnico auxiliar de enfermería realizará las visitas a domicilio acompañado del enfermero graduado.

El TCAE también ayudará al enfermero a realizar las funciones que se requiera, como en las curas de úlceras por presión... Y llevarán en un control del estado del paciente.

El equipo sanitario que atienda al paciente paliativo deben tener en cuenta que tanto hoy como su familia están pasando por un proceso de duelo y aceptación de su situación. Además, tienen un cansancio acumulado, tanto físico como mental y emocional, de todo el tiempo empleado en la lucha contra la enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas más importantes que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en un paciente encamado en estado paliativo que se encuentra en su 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Alguna de las actividades que realiza el TCAE en las visitas a domicilio de pacientes paliativos son:

1. Movilización del paciente encamado:

Este movimiento se realiza para levantar o acostar al paciente de la cama, sentarlo en una silla de ruedas...

Siempre que sea posible, el TCAE utilizará las ayudas técnicas que tenga a su disposición, tales como grúas, sillas de ruedas...

Se debe favorecer la autonomía de la persona a movilizar en la medida de lo posible, evitando sobrecargarse y solicitando la ayuda de compañeros o familiares cuando sea preciso, ya que la idea de estas visitas a domicilio es formar e incluir a los familiares en las necesidades de los pacientes.

El procedimiento sería: El TCAE se aproxima al usuario, manteniendo la espalda recta y flexionando las rodillas, realiza el movimiento utilizando el contrapeso del propio cuerpo, separa los pies para crear una base de sustentación y utiliza los apoyos externos. Regula la cama, situándola a la altura aproximada de la cadera, y, para realizar un buen agarre, puede usar la palma de la mano. Se evitarán las tomas que puedan hacer daño y aquellas que conlleven la aplicación de fuerza excesiva con los dedos.

2. Movilización en cama. Giro en la cama:

Este cambio postural se utiliza para la higiene personal, cambio de pañal o modificaciones de la postura para evitar las UPP.

El procedimiento sería: El TCAE se aproximará a la camilla y el paciente se encontrará en posición decúbito supino. El TCAE flexionará la rodilla del paciente y colocará los brazos de este de forma segura, pegándolos al pecho.

Se movilizará al paciente en bloque, sujetando y girándole desde la rodilla a la escápula. El TCAE debe colocar un pie delante del otro y llevará su propio peso hacia atrás, provocando el giro en el paciente, que quedará en posición decúbito supino lateral.

3. Higiene del paciente encamado:

Definimos higiene como el conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpios; la piel, el cabello, los dientes, las uñas, etc.

El aseo en cama se realiza principalmente en pacientes con movilidad reducida, ya sea por estados graves, contraindicación médica o cualquier otro proceso que requiera reposo.

Dichos cuidados de higiene y limpieza, mejora las necesidades de seguridad de los pacientes, ya que ayudarán a prevenir infecciones, así como las necesidades de bienestar y autoestima.

La higiene del paciente encamado se realizará preferiblemente entre dos personas, una que enjabona y aclara y la otra que seca, con toques suaves, nunca se arrastrará la toalla o esponja sobre la piel.

Debemos vigilar que la temperatura ambiente sea adecuada, evitar corrientes de aire y preparar antes todo el equipo necesario para el aseo, utilizaremos jabones que no irriten la piel, y tendremos que cuidar los sistemas terapéuticos como son las vías o sondas.

Empezaremos limpiando los ojos y la cara, detrás de las orejas, el cuello, los hombros, axilas y brazos.

Después continuaremos por el pecho y el abdomen, las piernas y los pies.

En último lugar, lavaremos los genitales del paciente.

Cortaremos las uñas si es necesario y aprovecharemos este momento para hidratar la piel y ver el estado de la piel en general, la UPP si existiera...

5 Discusión-Conclusión

El paciente encamado que decide pasar la fase de paliativos en su domicilio, necesita unos cuidados de igual manera que si estuviese en un ingreso hospitalario. Se destaca la importancia del las visitadas a domicilio del equipo de enfermería y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que aseguran el bienestar del paciente.

Se considera fundamental el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la enseñanza a la familia de las tareas básicas y rutinarias, como pueden ser el baño, los cambios posturales para el cambio de pañal, dar el alimento al paciente... puesto que se trata de integrar a la familia de la mejor forma posible en los cuidados del paciente así como de fomentar la autonomía del mismo paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2013/visitas-domiciliarias-enfermeria-atencion-primaria-enfermer>.

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

1 Introducción

Los cuidados paliativos, como su nombre indica, son cuidados especializados destinados a aliviar o reducir el dolor, el sufrimiento o el sufrimiento de aquellos pacientes como consecuencia de una enfermedad que ya no es tratable, dentro de sus límites. Otro grupo de enfermedades es el cáncer avanzado, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardíacas y las enfermedades neurodegenerativas. Los pacientes tienen acceso a cuidados paliativos a domicilio y en el hospital, gestionados por el mejor equipo médico que incluye enfermeras, fisioterapeutas, médicos, psicólogos y al menos un técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El objetivo principal de la atención sanitaria es mejorar la vida de las personas con enfermedades crónicas y sus familias brindándoles una atención integral y

personal que les permita centrarse en su enfermedad y reducir el sufrimiento. Medicamentos, ejercicio, quehaceres, claridad, descanso... En nuestro trabajo discutimos cómo tratamos a estos pacientes, el equipo que tenemos, el número de personas que gestionan los cuidados especiales y el trabajo realizado. Este es el trabajo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención clínica.

El TCAE debe ser capaz de reconocer una serie de signos que aparecen a medida que se acerca el momento de la muerte. Estos incluyen los siguientes: pérdida de los reflejos del paciente, cianosis severa, pupilas dilatadas (midriasis), disminución elevada de la presión arterial, aparición de estertores y piel fría y húmeda.

2 Objetivos

- Describir las funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos de pacientes 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

Con este tipo de pacientes, la principal labor del técnico auxiliar de cuidados de enfermería es mantener la dignidad del paciente proporcionándole el máximo confort, atendiéndole constantemente y ayudándole en todo lo que necesite. Las necesidades físicas, emocionales y espirituales se separarán de las necesidades de los pacientes.

Debido a la condición típicamente frágil del paciente, el técnico que brinda cuidados auxiliares de enfermería ajustará la postura del paciente dentro del ámbito de sus necesidades físicas. También se asegurarán de que el paciente tenga ropa de cama adecuada porque puede tener más frío. Además de mantener una adecuada higiene del paciente, éste debe mantenerlo siempre hidratado humectando frecuentemente los labios y la boca. Por ejemplo, la boca del paciente suele estar

seca debido al tipo de respiración que presenta y al tener la boca abierta. Como las secreciones tienden a acumularse y secarse en las fosas nasales, también requieren atención; en este caso será necesario utilizar un hisopo humedecido para limpiarlos. Sin embargo, dado que el paciente frecuentemente experimenta incontinencia y la orina y las heces irritan la piel del paciente, la limpieza de los genitales es crucial. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es el responsable de cambiar las sábanas del paciente con la frecuencia necesaria, vigilar que su ropa esté siempre limpia y seca, ofrecerle un orinal o entregárselo cuando lo solicite, vigilar su ingesta de alimentos porque frecuentemente tiene dificultad para tragar y ayudarlos a ingerir alimentos. Como el oído es uno de los últimos sentidos que desaparece cuando alguien está inconsciente, el auxiliar de enfermería debe poder comunicarse fácilmente con el paciente y saber escuchar. El técnico también debe advertir a la familia del paciente sobre este tema. Se debe tener en cuenta la iluminación del espacio porque demasiada oscuridad puede provocar miedo en el paciente y demasiada luz puede resultar incómoda.

5 Discusión-Conclusión

A través de esta investigación aprendemos que cuando la enfermedad llega a un punto en el que el paciente ya no sufre, debe comenzar el tratamiento, y si el paciente y la familia quieren quedarse en casa en este momento. Estas medidas de comodidad, ya sea en el hospital o viviendo en casa, se hará todo lo posible para que los pacientes y sus familias estén cómodos durante este tiempo, y también entendemos que no es solo el apoyo emocional y psicológico que va más allá del paciente. Debe darse a la familia porque durante una muerte se producen diferentes tipos de duelo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 182

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA NUTRICIÓN ENTERAL

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

La nutrición enteral es una forma de proporcionar nutrientes a las personas que no pueden consumir alimentos por vía oral o que tienen dificultades para absorber nutrientes de manera adecuada a través del sistema digestivo. Este enfoque se utiliza en pacientes con una variedad de condiciones médicas, como enfermedades gastrointestinales, cáncer, cirugía gastrointestinal, insuficiencia respiratoria y más.

La nutrición enteral implica la administración de una fórmula nutricional líquida directamente en el tracto gastrointestinal a través de una sonda nasogástrica o una gastrostomía. Estas sondas se colocan con la ayuda de profesionales de la salud capacitados y se eligen según las necesidades del paciente y la duración prevista del tratamiento.

La selección de la fórmula enteral depende de la condición del paciente y sus requerimientos nutricionales. Estas fórmulas contienen una mezcla equilibrada de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales esenciales. La nutrición enteral es una opción eficaz para garantizar que los pacientes reciban los nutrientes necesarios para mantener su salud y favorecer la recuperación.

Es importante destacar que la administración de nutrición enteral requiere una supervisión constante y un monitoreo cuidadoso para evitar complicaciones como la obstrucción de la sonda, la infección o la intolerancia a la fórmula. El equipo de atención médica, que incluye dietistas, enfermeras y médicos, trabaja en conjunto para garantizar que el paciente reciba la cantidad adecuada de nutrientes y se ajuste la fórmula según sea necesario.

La nutrición enteral es una estrategia esencial para proporcionar nutrientes a personas que no pueden comer o absorber alimentos de manera convencional. Permite mantener un estado nutricional adecuado y favorecer la recuperación en pacientes con diversas afecciones médicas. La elección de la fórmula y la gestión adecuada son aspectos fundamentales para el éxito de este enfoque.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con la nutrición enteral.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel crucial en la administración de la nutrición enteral, asegurando que los pacientes reciban los nutrientes necesarios de manera segura y efectiva. Sus funciones abarcan varias áreas clave:

Preparación y administración de la fórmula: El TCAE es responsable de preparar la fórmula enteral siguiendo las indicaciones precisas del equipo médico o dietista. Esto implica medir y diluir la fórmula adecuadamente según las necesidades del paciente.

Colocación de la sonda: En casos donde se utilice una sonda nasogástrica o una gastrostomía, el TCAE puede asistir al personal médico en la colocación de la sonda y verificar su posición adecuada.

Conexión y desconexión de la sonda: El TCAE se encarga de conectar la sonda al sistema de administración, asegurándose de que no haya fugas ni obstrucciones. También desconecta la sonda cuando se completa la administración de la fórmula.

Control y monitoreo: El TCAE verifica regularmente la correcta infusión de la fórmula, manteniendo un flujo constante y ajustando la velocidad según las indicaciones médicas. Además, monitorea posibles signos de intolerancia o complicaciones, como náuseas, vómitos o dolor abdominal, y comunica cualquier problema al equipo de salud.

Higiene y cuidado de la sonda: Es fundamental mantener una higiene rigurosa en torno a la sonda y en la piel circundante para prevenir infecciones. El TCAE realiza el lavado y el cuidado adecuado de la sonda, así como la limpieza y el vendaje de la zona de inserción de la gastrostomía.

Comunicación y educación al paciente: El TCAE se comunica de manera efectiva con el paciente y su familia, explicando el proceso de administración de la nutrición enteral, respondiendo a preguntas y brindando apoyo emocional. También educa a los pacientes sobre las precauciones y signos de alarma.

Registro y documentación: Lleva un registro preciso de la administración de la fórmula, incluyendo la cantidad, la velocidad y cualquier observación relevante. Esta documentación es esencial para el seguimiento del tratamiento y la detección temprana de problemas.

Coordinación del equipo de atención: Trabaja en conjunto con enfermeras, dietistas y médicos para asegurar que el plan de nutrición enteral se ajuste a las necesidades cambiantes del paciente. La comunicación efectiva es esencial para una atención integral.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el TCAE en la administración de nutrición enteral es priorizar la seguridad y la comunicación. Asegurarse de seguir las indicaciones precisas del equipo médico o dietista en cuanto a la preparación, administración y monitoreo de la fórmula. Mantener una atención meticulosa a la higiene, la colocación y el cuidado de la sonda, minimizando el riesgo de infecciones y complicaciones.

Comunicarse de manera efectiva con el paciente y sus familiares, brindando información clara sobre el procedimiento y escuchando sus preguntas y preocupaciones. La educación al paciente es esencial para su cooperación y comprensión. Finalmente, estar atento a cualquier signo de intolerancia o complicaciones durante la administración y comunique inmediatamente cualquier problema al equipo de salud. La seguridad y el bienestar del paciente son su prioridad número uno en este proceso.

6 Bibliografía

1. Álvarez, E. M. Conocimientos de las Tcae sobre la administracióne Nutrición Enteral. Lulu. com.

Capítulo 183

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica destinada a mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades graves o terminales. El proceso asistencial de cuidados paliativos abarca varias etapas fundamentales:

Evaluación y Planificación: Comienza con una evaluación exhaustiva del paciente, incluyendo su estado médico, síntomas, necesidades emocionales y espirituales, y sus deseos en cuanto a la atención médica futura. A partir de esta evaluación, se desarrolla un plan de cuidados personalizado que aborda todas estas dimensiones.

Control de Síntomas: Una parte esencial de los cuidados paliativos es el control eficaz de los síntomas, como el dolor, la dificultad para respirar, la fatiga y la náusea. Se emplean medicamentos y terapias para aliviar el sufrimiento y mejorar la comodidad del paciente.

Apoyo Psicológico y Emocional: Los cuidados paliativos se centran en proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a sus seres queridos. Los psicólogos y trabajadores sociales pueden ayudar a los pacientes a enfrentar la ansiedad, la depresión y el miedo.

Atención Espiritual y Existencial: Se presta atención a las necesidades espirituales y existenciales del paciente, brindando apoyo espiritual y oportunidades para la reflexión y la resolución de conflictos emocionales.

Coordinación de Cuidados: Se coordina un equipo de atención interdisciplinario que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros y terapeutas para garantizar que el paciente reciba una atención integral y continua.

Comunicación Abierta: Los profesionales de cuidados paliativos fomentan una comunicación abierta y honesta con el paciente y su familia, discutiendo los objetivos de atención y las opciones de tratamiento disponibles.

Planificación de Decisiones Futuras: Ayudan al paciente a tomar decisiones informadas sobre su atención futura, incluyendo la posibilidad de cuidados en el hogar o en un hospicio y la planificación anticipada de atención médica.

Apoyo al Duelo: Los cuidados paliativos continúan brindando apoyo a la familia y los seres queridos del paciente después de su fallecimiento, ayudándolos en el proceso de duelo.

Calidad de Vida: El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente, centrándose en lo que más importa para él o ella.

Este proceso asistencial busca no solo aliviar el sufrimiento físico y emocional, sino también empoderar al paciente y a su familia en la toma de decisiones y brindar un sentido de dignidad y respeto en los momentos difíciles de la enfermedad terminal.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el proceso asistencial de los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE desempeña un papel esencial en el proceso asistencial de cuidados paliativos, brindando apoyo tanto a los pacientes como a sus seres queridos en un momento de vulnerabilidad y necesidad. Sus funciones son variadas y se centran en proporcionar un ambiente de cuidado, respeto y comodidad:

Atención Integral al Paciente: El TCAE ayuda en la realización de cuidados básicos como la higiene personal, alimentación y movilización del paciente. Asiste en la administración de medicamentos según las indicaciones del personal de enfermería.

Control de Síntomas: Colabora en el control de síntomas, asegurándose de que el paciente esté cómodo y libre de dolor. Puede ayudar en la administración de analgésicos y otros medicamentos para aliviar el malestar.

Apoyo Emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo compañía en momentos difíciles. La empatía y la compasión son fundamentales en esta función.

Asistencia en la Comunicación: El TCAE puede facilitar la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo médico. Ayuda a traducir y transmitir las necesidades y deseos del paciente.

Cuidado de la Piel y Confort: Se asegura de que la piel del paciente esté en buen estado y libre de irritaciones. Cambios de posición y cuidados de confort ayudan a prevenir úlceras por presión.

Ayuda en la Alimentación: Si el paciente tiene dificultades para alimentarse, el TCAE puede asistir en la administración de alimentos por vía oral o a través de sondas.

Soporte en la Movilización: Ayuda al paciente a moverse y cambiar de posición para prevenir rigidez y mejorar la circulación.

Asistencia en la Atención Personal: Ayuda a los pacientes con actividades como vestirse, asearse y usar el baño, brindando la mayor independencia posible.

Mantenimiento del Entorno: Asegura que el entorno del paciente sea limpio, tranquilo y acogedor, creando un ambiente propicio para la calma y la comodidad.

Apoyo a la Familia: Brinda apoyo a los familiares y seres queridos, ofreciendo orientación sobre cómo interactuar con el paciente y ayudarles a comprender los cuidados paliativos.

Documentación y Observación: Registra información relevante sobre el estado del paciente, síntomas y cambios en el bienestar. Esta documentación es esencial para el equipo de salud.

El TCAE es un miembro valioso del equipo de cuidados paliativos, proporcionando un cuidado compasivo y centrado en el paciente. Su enfoque en la comodidad, el apoyo emocional y la atención integral es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y brindar el apoyo necesario en momentos tan delicados.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para un buen funcionamiento asistencial de cuidados paliativos como TCAE es cultivar la empatía y la compasión. Estas cualidades son fundamentales cuando se trabaja con pacientes y familias que enfrentan enfermedades graves o terminales. Escuchar activamente, mostrar comprensión y ofrecer apoyo emocional genuino puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida de los pacientes y sus seres queridos.

Además, es esencial trabajar en equipo de manera efectiva, colaborando con el personal médico, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales de cuidados paliativos. La comunicación abierta y la coordinación son cruciales para brindar una atención integral.

Por último, mantener un enfoque en la dignidad y la calidad de vida del paciente. Ayuda a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención y respeta sus deseos individuales. Al abrazar estos valores, se contribuye a hacer que la experiencia de cuidados paliativos sea lo más significativa y reconfortante posible para aquellos a quienes servimos.

6 Bibliografía

1. Juárez, M. Á. Á. Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

1 Introducción

Una urgencia sanitaria es descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la aparición fortuita (inesperada o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de diversas causas y variable gravedad, que genera conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo padece o su familia”.

Las urgencias, uno de los aspectos más desafiantes del trabajo hospitalario, exigen la mayor responsabilidad por parte de todo el personal del hospital. En caso de que ocurra algo, el auxiliar de enfermería de urgencias debe estar preparado para ayudar al médico.

Habitualmente, el técnico de cuidados auxiliares de enfermería es la primera persona que recibe al paciente en urgencias. Dependiendo del servicio donde trabajan, los auxiliares de enfermería pueden realizar una amplia variedad de tareas. El auxiliar de enfermería es el encargado de recolectar las muestras (orina, esputo, heces y vómito), ya que es el profesional sanitario más cercano a las necesidades fisiológicas de cada paciente. También son los encargados de transportar esas muestras, así como otras que la enfermera o el médico extraiga, al laboratorio. Una persona que sepa trabajar bien en un ambiente de equipo y transmitir al paciente una sensación de calma, seguridad y confianza es el auxiliar de enfermería ideal para este servicio pudiendo inculcar en el paciente un sentido de completo respeto y cuidado.

2 Objetivos

- Destacar el valor de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el equipo de urgencias.
- Examinar las funciones realizadas por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería 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

La clasificación es un proceso utilizado en las salas de urgencias para agrupar a los pacientes en diferentes categorías según la importancia de su atención, se llama triaje. Para ello, se debe valorar la gravedad de la patología que padece el paciente, de forma que se trabaje de acuerdo con la urgencia de cada situación, aprovechando al máximo el tiempo y los recursos disponibles.

Las funciones de un auxiliar de enfermería varían mucho según el servicio en el que trabaja. Por ejemplo, trabajar en una unidad de larga estancia, donde las

funciones son similares a las que se realizan en la sala, es muy diferente a trabajar en un servicio más especializado, como traumatología, cuidados críticos o ginecología.

Por este motivo, es posible que sea en el Servicio de Urgencias donde se combinen la mayoría de funciones. Es un campo donde entran en contacto personas de todas las edades y patologías, y donde toda la información aprendida frecuentemente necesita ser aplicada de maneras imprevistas.

Las siguientes son algunas de las funciones del auxiliar de enfermería en este servicio:

- Cumplimiento de los registros exigidos por la normativa del hospital y del propio servicio.
- Explicar a los pacientes y sus invitados sobre los disponibles servicios, salidas y entradas, horarios, etc.
- Mantener las pertenencias del paciente almacenadas.
- Participar en todos los aspectos del cuidado del paciente, incluida la limpieza, la alimentación y la higiene.
- Tener cuidado de mantener limpios todos los suministros, herramientas y equipos médicos.
- Seguimiento de las cajas y reposición de material sanitario en los carros de curas.
- Asistir al equipo de enfermería en tareas como colocación de sondas, toma de muestras, toma de signos vitales, movilización de pacientes, etc.
- Seguimiento continuo de la evolución del paciente y comunicación con el superior sobre cualquier cambio.
- Si es necesario, ayudar a poner o quitar la ropa.
- Preparar al paciente de acuerdo con las exigencias de las pruebas.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que constantemente se desarrollan nuevos métodos, herramientas y materiales, los hospitales del siglo XXI deben preocuparse por brindar capacitación adecuada y continua a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de emergencia. Esto es necesario para brindar a los pacientes una atención excelente y promover la autoestima y la confianza de quienes trabajan en el departamento de urgencias.

La labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es crucial porque implica dar al paciente el bienestar que necesita para recuperarse lo más rápidamente posible.

Una persona que sepa trabajar bien en un ambiente de equipo y transmitir al paciente una sensación de calma, seguridad y confianza es el auxiliar de enfermería ideal para este servicio pudiendo inculcar en el paciente un sentido de completo respeto y cuidado.

6 Bibliografía

1. www.revista-portalesmedicos.com.
2. www.fp-santagema.es.
3. <https://revistamedica.com>.

Capítulo 185

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL ESTOMA

ANA MARÍA REOLID EGIDO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

1 Introducción

Los estomas son aberturas artificiales realizadas en el cuerpo para permitir la salida o entrada de fluidos.

Estas aberturas pueden ser temporales o permanentes y se utilizan en diversas situaciones clínicas, como enfermedades del tracto intestinal, urinario o respiratorio.

Los pacientes con un estoma requieren cuidados específicos para mantener la integridad y el funcionamiento adecuado de la abertura, así como complicaciones y promover la calidad de vida.

El TCAE desempeña un papel importante en la atención y cuidados de este tipo de pacientes, ya que colabora estrechamente con el equipo multidisciplinario de salud para proporcionar cuidados de calidad, apoyo emocional y educación al paciente y su familia. A través de su capacitación y experiencia, el TCAE contribuye significativamente al bienestar y adaptación del paciente con estoma.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayudará al paciente los primeros días en la higiene del estoma.

Al principio se lavará con suero fisiológico y se secará con gasas y se le explicará al paciente que es habitual que sangre un poco. Se le indicará que después se lo puede lavar con jabón neutro y secar sin frotar.

Hay diferentes causas por las que un paciente puede ser ostomizado: cáncer, trauma, enfermedad inflamatoria intestinal (como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, etc.), obstrucción intestinal, infección, incontinencia fecal o enfermedad diverticular.

2 Objetivos

- Analizar la contribución del TCAE en los cuidados del estoma.
- Describir las responsabilidades y funciones que desempeña el TCAE en el manejo integral del paciente ostomizado.
- Identificar las habilidades y conocimientos necesarios para una atención eficiente y de calidad.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos especializados en enfermería y cuidados de la salud como PubMed, Medline y Scielo.

Palabras clave utilizadas: TCAE, estoma, cuidados del estoma y atención al paciente ostomizado.

Se seleccionaron estudios y publicaciones relevantes y procedentes de publicaciones académicas revisadas, que abordaron la participación del TCAE en los cuidados del estoma.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la revisión bibliográfica mostraron que el TCAE desempeña diversas funciones en los cuidados del estoma, entre ellas:

- Prevención de complicaciones:

Esto implica seguir las indicaciones del equipo de enfermería y tener en cuenta las necesidades específicas de cada paciente, lo que conlleva la limpieza y el manejo correcto de la bolsa de ostomía, vigilar posibles fugas o irritaciones cutáneas y la evaluación de la integridad del estoma.

- Manejo de dispositivos de ostomía:

El TCAE colabora en la selección y aplicación adecuada de los dispositivos de ostomía, así como en el cambio y vaciado de las bolsas de recolección. Además, se encarga de mantener la higiene y el confort del paciente en relación con estos dispositivos.

- Apoyo emocional al paciente:

El TCAE contribuye a mejorar su adaptación a la nueva situación y promover su bienestar psicológico.

- Educación y seguimiento:

El TCAE participa en la educación al paciente y su familia acerca del manejo y cuidados del estoma, así como en la enseñanza de técnicas para una buena higiene y prevención de complicaciones. Además, realiza un seguimiento del proceso de adaptación del paciente, evaluando su progresión y brindando el apoyo necesario.

Un estoma no se cura, se limpia y se realiza una higiene con agua y jabón neutro, secándose muy bien la zona de manera suave y delicada y jamás frotar. Una vez limpia y seca la zona, se puede colocar el nuevo colector.

Hay varios tipos de bolsas, entre ellas, las más comunes son: de una pieza en la cual todo el sistema se pega a la piel y la de dos piezas, en las que hay un disco pegado a la piel y se van cambiando las bolsas que se colocan en dicho disco.

5 Discusión-Conclusión

TRas la investigación realizada se constata el papel fundamental que desarrolla el TCAE con los pacientes ostomizados, ya que contribuye a la prevención de complicaciones, el manejo adecuado de dispositivos de ostomía, apoyo emocional al paciente, y la educación para el autocuidado. Su participación activa y comprometida en el equipo multidisciplinario de salud resulta clave para el bienestar y la calidad de vida del paciente ostomizado.

Es muy importante recordarle al paciente que cada vez que salga de casa debe de llevarse el material necesario por si fuera preciso el cambio.

Asimismo, se enfatiza la importancia de la comunicación y coordinación con el resto del equipo de salud para garantizar una atención integral y personalizada al paciente ostomizado.

6 Bibliografía

1. Smith J, et al. (2020). The role of the healthcare assistant in stoma care (TCA). British Journal of Healthcare Assistants, 14 (8), 398-403.

2. De Souza GL, et al. (2018). The role of the healthcare assistant in stoma care, a review of the literature. *British Journal of Nursing*, 27 (15), 866-870.
3. Torres AJ, et al. (2019). The contribution of the nursing assistant in stomatherapy consultations: experience report. *Revista Enfermagem Atual, Journal of Nursing*, 89, e-158.

Capítulo 186

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

DIEGO LÓPEZ PONCE

TAMARA BERTOL GÓMEZ

ESPERANZA GARCÍA-VAO MORAGA

NURIA LOZANO ALGABA

MARIA DEL PILAR MARTINEZ MAESO

1 Introducción

Para mantener su calidad de vida, aumentar su autoestima, aumentar su comodidad, aliviar su dolor, disminuir su picazón y prevenir las úlceras por presión, la higiene es crucial para un paciente encamado.

Es fundamental completar esta tarea correctamente porque hacerlo ayuda a prevenir infecciones y úlceras por presión. A medida que las personas envejecen, su piel se vuelve más fina, más deshidratada y requiere más cuidados.

Evitar las corrientes y mantener una temperatura confortable entre 22 y 24 grados son requisitos para realizar esta tarea. Se debe mantener la intimidad del paciente mediante el uso de un biombo o cortina, así como evitar desnudarlo por

completo, a ser posible yendo por partes mientras lavamos cada zona, y moviendo al paciente con suavidad, especialmente a los pacientes que están más graves. Para que se sienta más seguro y a gusto mientras utilizamos la técnica, siempre debemos hacerle saber lo que vamos a hacer. Dado que existe la posibilidad de sufrir úlceras por presión, es fundamental vigilar el estado de la piel. La piel debe estar adecuadamente seca e hidratada.

La vida y la salud del paciente mejoran manteniendo una higiene adecuada, y mientras realizamos esta tarea, es el momento ideal para escuchar al paciente mientras comparte con nosotros sus inquietudes y sentimientos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en relación con la higiene del paciente encamado.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica publicada.

Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, también se utilizaron para la consulta de artículos las siguientes bases de datos importantes: Medline, Pubmed, Scielo. Estas bases de datos se utilizaron para seleccionar artículos de revistas académicas revisadas.

4 Resultados

Para realizar el aseo en pacientes encamados son necesarios unos materiales y unas pautas a seguir por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería:

- Los principales útiles de limpieza incluyen: guantes desechables, palangana con agua tibia, jabón, esponjas, toallas, suero fisiológico, gasas, cepillos para uñas, crema humectante o vaselina, pañales si es necesario, camisones o pijamas, peines, colonia, cepillos de dientes y pasta de dientes y gafas.
- Explicar al paciente la maniobra que se le va a realizar.
- Se quitará el pijama o camisón del paciente, se lavará el cuerpo del paciente cubriéndolo con una toalla y retirándose a medida que se lavan las zonas, y luego se llenará una palangana con agua que tenga la temperatura adecuada.
- Lavarse las manos antes de ponerse un par de guantes desechables.

- Se colocará al paciente en decúbito supino para que se pueda iniciar el lavado de ojos, boca, nariz y oídos con una esponja mojada en agua. Se secará con una toalla de forma eficaz.
- Continuar lavando el cuello, los brazos y las axilas; En este punto, sumerge la esponja en agua con jabón. Se secará completamente.
- Si el paciente coopera, se le pedirá que se lave y seque las manos.
- Se seguirá lavando el pecho y el abdomen, junto con los muslos y las ingles, y no se olvidará la zona umbilical. Luego, se secarán las zonas, prestando especial atención a los pliegues y la zona del ombligo.
- Después de lavar estas áreas, lavar y secar las rodillas y las piernas.
- Aclarar bien la esponja con agua y jabón antes de lavar y secar los pies, prestando especial atención a la zona del contorno de los dedos. Lavaremos y secaremos los genitales al final.
- Se colocará al paciente en decúbito lateral mientras lavamos y secamos minuciosamente la zona del cuello y la espalda, dejando para el último momento la zona de los glúteos. Tras el secado se aplicará crema hidratante.
- Además de vestirlo con un pijama o un camión, cambiarle los pañales si es necesario.
- Hacer la cama y arreglar para que sea acogedora.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería deben brindar cuidados higiénicos a los pacientes que se encuentran confinados en camas.

Sin embargo, si esta técnica se utiliza correctamente, la higiene tiene un impacto importante en estos pacientes porque ayuda a prevenir úlceras por presión, descamación de la piel, enrojecimiento y picor, además de mantener una piel sana. El paciente se siente más cómodo y contento.

Se debe practicar el aseo diario y cada dos o tres días se debe lavar la cabeza. Dado que realizar higiene personal implica una violación de la privacidad y puede resultar incómodo, es fundamental tratar a los pacientes con compasión.

6 Bibliografía

1. Sonia R, Francisco Javier J, María del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónica portalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.

2. Higiene del medio Hospitalario y limpieza de material. Ana M^a Fdez de Espinosa Pérez de la Plaza.

Capítulo 187

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DEPRESIVO. ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

1 Introducción

En la actualidad, la depresión es una enfermedad de salud mental que se encuentra como el principal problema de dicha especialidad médica debido a su incidencia, prevalencia y consecuencias.

Numerosos estudios científicos realizados en la última década han demostrado que entre el 8 y el 15% de la población pueden sufrir depresión a lo largo de su vida. La depresión es una enfermedad de salud mental que puede llegar a inhabilitar a la persona, por lo tanto, es considerada como una enfermedad incapacitante,

llegando a ser una de las tres primeras causas de discapacidad. Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta discapacidad puede llegar a ser la primera causa en la década de los 30.

La depresión puede estar debida a una profunda tristeza, soledad, baja autoestima y culpabilidad mezclada con una apatía o hipoactividad. Es importante que los pacientes con depresión sean observados de forma continua puesto que aquellos que se consideran recuperados tienen mayor riesgo a cometer un suicidio.

La observación de este tipo de pacientes deberá recaer en todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que se encuentren en contacto con el paciente, comentando cualquier anomalía visualizada con el médico responsable de dicho paciente.

2 Objetivos

- Conocer los resultados de diversos estudios sobre enfermedades mentales relacionadas con la depresión de la población.
- Enumerar los síntomas que presenta un paciente depresivo.
- Detallar las actuaciones llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes depresivos.

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

Síntomas presentados por un paciente depresivo que debe tener en cuenta el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante su actuación con el paciente.

- Los pacientes que se encuentran en situación de aislamiento o falta de autonomía por la imposibilidad de movimiento son los pacientes que mayor riesgo de sufrir depresión tienen, puesto que se ve alterada su actuación diaria y su autonomía.

- Los pacientes que toman fármacos tranquilizantes tienen mayor riesgo de sufrir y depresión, por lo que se requiere mayor observación a dichos pacientes.
 - Las quejas somáticas son síntomas evidentes de que un paciente se encuentra deprimido.
 - Aquellos pacientes con insomnio o que consiguen dormirse, pero se despiertan muy pronto y ya no pueden conciliar el sueño, también son dignos de observación durante el turno de la noche.
 - Los pacientes deprimidos suelen estar muy apagados por la mañana y muy activos por la tarde, sintiéndose peor durante la noche.
- Actuaciones realizadas a los pacientes con depresión.
- Establecer una adecuada dieta equilibrada.
 - Animar al paciente para que realice sus actividades de higiene personal de manera autónoma, dentro de sus posibilidades. Aquellos pacientes que se encuentran en encamados y no pueden realizar un aseo autónomo, se les animará a que realicen el lavado de manos o el lavado de cara antes de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería le asee.
 - Realizar actuaciones y sesiones grupales en la planta de hospitalización donde se encuentra ingresado el paciente, o animarlo a que asista a aquellas sesiones grupales realizadas fuera de la planta de hospitalización.
 - Proporcionar al paciente un ambiente donde se encuentre cómodo tranquilo y en calma, para ello se habilitará un espacio en la planta de hospitalización donde puedan encontrar dicha calma.
 - Animar al paciente a llevar a cabo una comunicación activa con el técnico en códigos auxiliares de enfermería, mientras esté realiza una escucha activa y le hace cuestiones sobre el tema comentado.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente depresivo. Actuaciones del tcae” nos demuestran las actuaciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes que muestran síntomas de depresión.

En el ámbito sanitario es frecuente que los profesionales se encuentran con pacientes deprimidos, puesto que pasan largas temporadas hospitalizados o sufren enfermedades que limitan sus capacidades y su autonomía, y no son capaces de asimilarlo. Por ello, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería controle los comportamientos de los pacientes y ante cualquiera anomalía

o síntoma encontrado en el paciente lo comunique al equipo de enfermería a cargo de éste para que se lo comunique a su médico y ordene una evaluación psicológica.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) DURANTE LA ADMINSTRACIÓN DE FÁRMACOS ORALES. PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ORALES

VANESA ROMAN SEGURA

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el desarrollo de su actividad profesional con los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos o en el servicio de urgencias, deberá tener los conocimientos necesarios sobre las vías existentes de administración de fármacos, ya que junto al equipo de enfermería serán los encargados de administrar

la medicación a los pacientes. Estas vías de administración son: vía oral, tópica, rectal y parenteral.

Durante la administración de fármacos al paciente hospitalizado, se deberá tener en cuenta una serie de aspectos antes de llevar a cabo dicha administración. Algunos de los aspectos a tener en cuenta por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, así como el equipo de enfermería y médico, son los siguientes:

- En el ámbito sanitario llevar a cabo una educación de la población sobre la administración de fármacos. En el ámbito hospitalario Se deberá educar al paciente sobre los fármacos que se le administra.
- El equipo médico deberá obtener una historia farmacológica del paciente al completo, puesto que será necesario conocer la medicación tomada por el paciente para determinar los tratamientos de las nuevas enfermedades a tratar.
- Comprobar con el paciente o con sus familiares si este fuese dependiente, si el paciente sufre alguna alergia medicamentosa.
- Se deberá tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas entre varios fármacos o entre fármacos con una alimentación determinada.

2 Objetivos

- Conocer las vías por las cuales se puede administrar un fármaco.
- Conocer las consideraciones generales que debe tener en cuenta el técnico en cuidados auxiliares de enfermería antes de administrar un fármaco a un paciente.
- Enumerar las precauciones desarrolladas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la administración farmacológica 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

Existen protocolos sobre la administración farmacológica a pacientes ingresados en las plantas de hospitalización, puesto que una administración errónea de

medicación puede llegar a acarrear un grave problema de seguridad clínica en el paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá tener en cuenta estas cinco pautas antes de administrar la medicación al paciente.

1. Administrar el fármaco correcto.

Es de vital importancia tener en cuenta el medicamento que debe ser administrado a cada paciente, para ello se debe tener una buena organización durante la preparación de la medicación, organizando los medicamentos por habitaciones. Del mismo modo, se deberá comprobar qué es la medicación correcta a la hora de administrarla.

Cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería muestra alguna duda sobre el fármaco que va a administrar, deberá consultar dicha duda con el equipo de enfermería a cargo del paciente, evitando de esta manera la administración errónea de fármacos.

Si por cualquier causa ajena o no al técnico en cuidados auxiliares de enfermería se administra un fármaco incorrectamente, se deberá comunicar de manera inmediata al equipo de enfermería para valorar la actuación a realizar.

2. Administrar el fármaco al paciente correcto.

Para ello, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería comprobará el medicamento con el nombre del paciente asignado, del mismo modo, se comprobará la identidad del paciente al que se le va a administrar el fármaco.

Hay dos maneras de comprobar la identidad del paciente, la más común es la de preguntar al paciente cómo se llama, hh y la menos utilizada, pero la más segura es comprobar su identidad con la pulsera identificativa que porta el paciente.

3. Administrar la dosis de medicación adecuada.

Antes de proporcionar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería una medicación para el paciente, el equipo de enfermería deberá comprobar que ha entregado la dosis adecuada a su compañero.

4. Administrar los medicamentos por la vía adecuada.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería únicamente podrán administrar el fármaco por vía oral, reservando al equipo de enfermería la administración farmacológica por vía rectal, parenteral, oral y tópica.

5. Administrar el medicamento a la hora indicada por el equipo de enfermería, que a su vez ha sido pautaada por el equipo médico cargo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la administración de fármacos orales. Precauciones a tener en cuenta durante la administración de fármacos orales” nos demuestra que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden administrar medicamentos al paciente, al igual que lo hace el equipo de enfermería. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería administrará únicamente aquella medicación que le ha sido preparado por el equipo de enfermería, puesto que a la categoría de auxiliar no le corresponde la preparación de medicación.

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 189

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN. FUNCIONES DEL TCAE DURANTE LA MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN DEL MATERIAL ESTÉRIL

M^a ÁNGELES VERGARA GARZÓN

ANTONIA MARTÍNEZ CANO

LORENA ANDRÉS DE LA FUENTE

VANESA ROMAN SEGURA

1 Introducción

En el servicio de esterilización de un centro sanitario se lleva a cabo la limpieza, desinfección y esterilización de aquel material o instrumental clínico que puede ser esterilizado, mientras que el material que no puede ser utilizado no será trasladado a dicho servicio, puesto que será material desechable.

La localización física del servicio de esterilización deberá estar cerca o muy bien comunicado con la unidad de cuidados intensivos, la unidad de hemodinámica, paritorio, neonatos, servicio de urgencias y las plantas de hospitalización, pero especialmente con el bloque quirúrgico, ya que la mayoría del material que se

esteriliza en el servicio de rehabilitación procede de las intervenciones realizadas en las salas de operaciones.

La categoría profesional encargada de realizar la esterilización es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, mientras que los celadores asignados a cada servicio serán los encargados de trasladar el material al servicio de esterilización qué tiene que ser esterilizado y recoger de dicho servicio aquel que ya ha sido esterilizado.

El instrumental clínico que ha sido limpiado, desinfectado y esterilizado no se encontrará esterilizado permanente si no es utilizado, puesto que tiene una duración de esterilización la cual será variable dependiendo de:

- El tipo de envoltorio utilizado para su conservación estéril.
- Las condiciones de almacenamiento del material esterilizado.
- El tipo de material que ha sido estabilizado.
- Y el transporte utilizado durante su traslado.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos que debe tener en cuenta el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para evitar que un material esterilizado pierda dicha característica.
- Detallar el procedimiento llevado a cabo durante el almacenaje del material esterilizado.

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 desarrollar los aspectos qué debe tener en cuenta el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para un correcto mantenimiento de la esterilización del material clínico.

- Almacenamiento del material ya esterilizado.

Es tan importante el lugar de almacenamiento del material esterilizado como al proceso llevado a cabo para almacenar dicho material. Es por ello, por lo que se necesitan conocer las características que debe reunir el lugar de almacenamiento del material esterilizado. o La limpieza del lugar físico de almacenamiento deberá ser continuo para mantener la asepsis del lugar, es por ello que las paredes deberán ser lisas, evitando la rugosidad de estas para una mayor limpieza. o Hoy el acceso al almacenamiento del material estéril debe de ser restringido, para lo cual se tendrá una hoja de control de aquellas personas que acceden a dicho almacén. o La sala utilizada para el almacenamiento del material estéril deberá encontrarse en una temperatura media entre los 15 y los 25° C. Mientras que la humedad de la sala deberá estar entre el 40 y 60%.

Procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para almacenar el material esterilizado.

- Enfriamiento del material esterilizado.
- Comprobación de que cada sobre del material esterilizado contiene una etiqueta de identificación con la fecha de la esterilización.
- Comprobación de que el envoltorio donde se encuentra el material esterilizado se encuentra correctamente cerrado de manera hermética.
- Colocación del material ordenado por su fecha de esterilización.
- Transporte del material esterilizado.

El traslado del material esterilizado deberá realizarse con las máximas condiciones de seguridad para evitar la ruptura del envoltorio donde se encuentra. Por lo tanto, el celador encargado de realizar dicho traslado deberá hacerlo en bolsas de plástico cerradas y en carros herméticos.

La duración del material esterilizado que se encuentra en las plantas de hospitalización será de 24 a 48 horas, por lo que no es aconsejable acumular mucho material esterilizado en la planta.

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 esterilización. Funciones del TCAE durante la manipulación y conservación del material estéril” nos demuestra los aspectos a tener en cuenta con el material esterilizado.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrolle su actividad profesional en el servicio de esterilización así como en cualquier servicio deberá conocer las causas que puede producir que un material estéril pierda su duración de esterilización, puesto que de ello dependerá la asepsia de la intervención real-

izada con un paciente dentro del bloque quirúrgico o en cualquier lugar donde se utilice el material estéril sobre una herida abierta.

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 190

INNOVACIONES EN LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA PARA LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ESTELA SUAREZ CAO

1 Introducción

Las innovaciones en la atención médica están revolucionando la práctica de enfermería, y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la implementación y adaptación de estas nuevas prácticas. Las innovaciones pueden mejorar la calidad de la atención, la eficiencia y la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud.

Se van a examinar las innovaciones más recientes en el ámbito de la enfermería que están impactando a los TCAE, destacando las tecnologías emergentes, los enfoques centrados en el paciente y las oportunidades de desarrollo profesional. También se exploran los desafíos asociados con la adopción de estas innovaciones y cómo superarlos.

Uno de los avances más notables ha sido la integración de dispositivos médicos avanzados en la rutina del trabajo de los TCAE. Además, la integración de los sistemas de telemedicina han permitido a los TCAE a colaborar con profesionales de la salud a distancia, ampliando su alcance y capacidad para brindar los cuidados en los entornos diversos. La formación y la educación también han experimentado innovaciones significativas. La simulación clínica proporciona a los

TCAE oportunidades de práctica en entornos controlados, lo que mejora sus habilidades y confianza antes de interactuar con pacientes reales. La educación en línea además ha facilitado el acceso a cursos y materiales de actualización.

2 Objetivos

Examinar la manera en la que los TCAE brindan la mejor atención posible a los pacientes a través de las nuevas innovaciones.

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 y las nuevas innovaciones en la práctica de su trabajo" o "nuevas funciones innovadoras en el campo del TCAE".

4 Resultados

Se van a analizar las nuevas funciones innovadoras existentes en el ámbito del TCAE para mejorar la atención a los pacientes y garantizarles una atención de calidad e integral.

1. Tecnologías Emergentes y Automatización: La tecnología está cambiando la forma en que se brindan los cuidados de enfermería. Los TCAE están utilizando sistemas de registro electrónico, dispositivos de monitorización remota y aplicaciones móviles para rastrear la información del paciente y comunicarse con el equipo de atención. La automatización de tareas rutinarias permite a los TCAE dedicar más tiempo a la interacción con los pacientes y a tareas de mayor valor clínico.
2. Enfoque Centrado en el Paciente: La innovación también está impulsando un enfoque más centrado en el paciente en la atención de enfermería. Los TCAE están adoptando técnicas de comunicación mejoradas, participación activa en la toma de decisiones del paciente y la promoción de la educación y el autocuidado. La atención integral y personalizada es esencial para mejorar la experiencia del paciente.
3. Desarrollo Profesional y Formación Continua: Con las innovaciones en curso, los TCAE tienen la oportunidad de expandir sus habilidades y conocimientos.

Programas de formación continua en tecnologías de la salud, comunicación efectiva y liderazgo les permiten aprovechar al máximo las nuevas herramientas y enfoques en la práctica de enfermería.

4. Telemedicina y salud digital va a permitir a los enfermeros y auxiliares a proporcionar atención a distancia a través de plataformas en línea.

Además de las nuevas innovaciones, el TCAE va a tener que enfrentarse a desafíos debido a su puesto de trabajo:

-Desafíos y Consideraciones Éticas: La adopción de innovaciones en enfermería puede enfrentar desafíos, como la resistencia al cambio y preocupaciones éticas en el uso de tecnologías avanzadas. Es importante abordar estos desafíos mediante una comunicación efectiva, una formación adecuada y un enfoque ético en la implementación de nuevas prácticas.

5 Discusión-Conclusión

Las innovaciones en las prácticas de enfermería están transformando el papel de los TCAE y mejorando la atención al paciente. La integración de tecnologías emergentes, enfoques centrados en el paciente y el desarrollo profesional continuo son elementos clave para el éxito de estas innovaciones. Al abordar los desafíos de manera proactiva y trabajar en colaboración, los TCAE pueden aprovechar al máximo estas oportunidades para mejorar la calidad de la atención y su contribución a la salud de la población. El implemento de las nuevas tecnologías hace que se llegue a un mayor número de pacientes además de brindar una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2021/04/EnD_27_abril_2021.pdf.
2. <https://www.enfermeria21.com/categorias/e-innova/nuevas-tecnologias/>.
3. <https://revistamedica.com/innovacion-enfermeria-recursos-humanos/>.
4. https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2021/04/EnD_27_abril_2021.pdf.
5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=777689>.

Capítulo 191

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON LUPUS

GABRIELA-VALY BIRLEA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

1 Introducción

El lupus, cuyo nombre completo es lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad autoinmune crónica y compleja que afecta a diversos sistemas y órganos del cuerpo. En el lupus, el sistema inmunológico, que normalmente protege al organismo de las infecciones, se vuelve hiperactivo y ataca erróneamente tejidos y órganos sanos. Esto puede causar una amplia gama de síntomas y problemas de salud.

Los síntomas del lupus varían ampliamente y pueden incluir fatiga extrema, dolor en las articulaciones y músculos, erupciones cutáneas en forma de mariposa en la cara (llamada eritema malar), fiebre, inflamación de los órganos internos, problemas renales, problemas cardíacos, y trastornos neurológicos, entre otros.

El diagnóstico del lupus suele basarse en una combinación de síntomas, análisis de sangre que pueden revelar anticuerpos autoinmunes y la evaluación clínica por parte de un reumatólogo o médico especializado en enfermedades autoinmunes.

El tratamiento del lupus depende de la gravedad de la enfermedad y de los órganos afectados. Puede incluir medicamentos inmunosupresores, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), y corticosteroides para controlar los síntomas y prevenir brotes. El manejo del lupus también implica un enfoque en el autocuidado, que incluye la protección solar para prevenir erupciones cutáneas, la gestión del estrés y el seguimiento médico regular.

El lupus es una enfermedad compleja y, en muchos casos, crónica, que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. Aunque no tiene cura, un tratamiento adecuado y un manejo cuidadoso pueden ayudar a controlar los síntomas y prevenir complicaciones, permitiendo a las personas con lupus llevar una vida activa y productiva. El apoyo médico, emocional y el conocimiento de la enfermedad son esenciales para manejarla de manera efectiva.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención de los pacientes con lupus.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con LES, una enfermedad autoinmune crónica

y compleja. Aquí se describen las funciones clave del TCAE en el manejo de pacientes con lupus:

Observación y seguimiento: El TCAE debe estar atento a cualquier cambio en la condición del paciente con lupus. Esto incluye la observación de la piel en busca de erupciones, la medición de la temperatura corporal y la monitorización de signos vitales, como la presión arterial y el pulso. Cualquier cambio o síntoma inusual debe ser informado al equipo de enfermería o al médico de inmediato.

Apoyo en la administración de medicamentos: Muchos pacientes con lupus requieren medicamentos para controlar los síntomas y prevenir brotes. El TCAE puede ayudar en la preparación y administración de medicamentos bajo la supervisión de una enfermera registrada o un médico.

Apoyo en la gestión del dolor: El lupus puede causar dolor en las articulaciones y los músculos. El TCAE puede proporcionar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, como aplicar compresas frías o calientes según sea necesario y asegurarse de que el paciente esté cómodo.

Ayuda en la movilidad y el autocuidado: Algunos pacientes con lupus pueden experimentar fatiga y debilidad. El TCAE puede asistir en la movilización del paciente, ayudar con la higiene personal y fomentar la independencia siempre que sea posible.

Educación al paciente: Brindar información al paciente sobre la enfermedad, sus síntomas, el manejo de los brotes y la importancia de tomar medicamentos de manera consistente. El TCAE también puede ofrecer consejos sobre la protección solar para prevenir erupciones cutáneas inducidas por el sol.

Apoyo emocional: El lupus puede ser una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida del paciente. El TCAE puede ofrecer apoyo emocional escuchando las preocupaciones del paciente y proporcionando compañía durante las estancias en el hospital.

Coordinación del cuidado: Trabajar en equipo con enfermeras registradas y otros profesionales de la salud para garantizar que el paciente reciba un cuidado integral y adecuado.

Registro y documentación: Mantener registros precisos de las intervenciones realizadas y la respuesta del paciente al tratamiento. Esto es crucial para la evaluación continua y la toma de decisiones clínicas.

El TCAE desempeña un papel vital en el cuidado de pacientes con lupus al proporcionar observación, apoyo en la administración de medicamentos, ayuda en la movilidad, educación, apoyo emocional y coordinación del cuidado. Su contribución es fundamental para asegurar que los pacientes con lupus reciban la atención adecuada y se sientan respaldados en su lucha contra esta enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el tratamiento del paciente con lupus es promover una comunicación abierta y efectiva entre el paciente y el equipo de atención médica. Esto implica escuchar atentamente las preocupaciones del paciente, responder a sus preguntas y proporcionar apoyo emocional. La empatía y la comprensión son fundamentales para ayudar al paciente a sobrellevar los desafíos de esta enfermedad crónica.

Además, es crucial que el paciente comprenda y siga su plan de tratamiento de manera consistente, incluyendo la toma de medicamentos y la asistencia a citas médicas. La educación sobre la importancia de la protección solar y un estilo de vida saludable también deben ser enfatizados.

La comunicación, la empatía y la promoción de la adherencia al tratamiento son esenciales para brindar un cuidado de calidad y mejorar la calidad de vida del paciente con lupus.

6 Bibliografía

1. Guerrero, F. F. (2008). Lupus eritematoso sistémico. Argos: Informativo veterinario, (95), 46-48.

Capítulo 192

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE X-FRAGIL

GABRIELA-VALY BIRLEA

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

1 Introducción

El síndrome del cromosoma X frágil (SXF), también conocido como Síndrome de Martin-Bell, es una condición genética hereditaria que afecta principalmente a los hombres, aunque las mujeres también pueden verse afectadas en menor medida. Este síndrome se debe a una mutación en el gen FMR1 (Fragile X Mental Retardation 1) ubicado en el cromosoma X.

Las características más comunes del SXF incluyen discapacidad intelectual, retraso en el desarrollo del habla y el lenguaje, dificultades en la interacción social y problemas de comportamiento, como hiperactividad o ansiedad. Los individuos con SXF pueden presentar rasgos físicos distintivos, como orejas grandes y cara alargada.

Además de los desafíos cognitivos y conductuales, el SXF también puede manifestarse en una serie de problemas de salud, como trastornos del espectro autista, convulsiones, problemas sensoriales y retrasos en el desarrollo motor.

Es importante destacar que el grado de discapacidad puede variar considerablemente de una persona a otra, y algunas personas con SXF tienen un funcionamiento intelectual cercano a la norma.

El diagnóstico del SXF se realiza mediante pruebas genéticas que detectan la expansión del gen FMR1. El asesoramiento genético es fundamental para las familias afectadas, ya que puede haber un riesgo de transmitir la mutación a las generaciones futuras.

El manejo del SXF implica un enfoque multidisciplinario que incluye terapia del habla y lenguaje, terapia ocupacional y apoyo educativo. Los medicamentos pueden utilizarse para tratar los síntomas conductuales y emocionales.

A pesar de los desafíos que presenta, muchas personas con SXF pueden llevar una vida plena y significativa con el apoyo adecuado y las intervenciones tempranas. La investigación continua sobre esta condición genética contribuye a mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta comunicación es explicar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería 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 síndrome de X frágil (SXF) es una condición genética compleja que afecta tanto el desarrollo físico como cognitivo de los individuos. Aunque no existe una cura para esta condición, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es fundamental para proporcionar apoyo y cuidados adecuados a los pacientes con SXF. Aquí se describen las funciones clave del TCAE en el cuidado de pacientes con SXF:

Observación y seguimiento constante: Los pacientes con SXF pueden experimentar cambios en su estado de ánimo, comportamiento y necesidades físicas. El TCAE debe estar atento a estas variaciones y comunicarlas al equipo de atención médica. La observación continua es esencial para detectar problemas de salud, como convulsiones, que son comunes en algunas personas con SXF.

Asistencia en actividades de la vida diaria: Muchos individuos con SXF pueden requerir ayuda en actividades básicas como vestirse, comer y mantener la higiene personal. El TCAE debe proporcionar apoyo en estas áreas, fomentando al mismo tiempo la independencia en la medida de lo posible.

Comunicación efectiva: La comunicación con pacientes con SXF puede ser un desafío debido a las dificultades en el habla y la interacción social. El TCAE debe utilizar métodos de comunicación claros y adaptados a las necesidades individuales de cada paciente, lo que puede incluir el uso de imágenes o señales.

Manejo del comportamiento: Algunos pacientes con SXF pueden presentar comportamientos desafiantes o hiperactividad. El TCAE debe estar capacitado para lidiar con estos comportamientos de manera comprensiva y calmada, utilizando estrategias de manejo conductual apropiadas.

Apoyo emocional y social: El TCAE puede ser una figura de apoyo importante para el paciente y su familia. Ofrecer compañía, empatía y apoyo emocional es esencial para ayudar a las familias a enfrentar los desafíos asociados con el SXF.

Coordinación del cuidado: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeras registradas, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar que el paciente reciba una atención integral y adecuada.

Registro y documentación: Llevar registros precisos de las intervenciones realizadas y la respuesta del paciente al tratamiento. Esto es crucial para la evaluación continua y la toma de decisiones clínicas.

El TCAE desempeña un papel vital en el cuidado de pacientes con síndrome de X frágil al proporcionar observación constante, asistencia en actividades de la vida diaria, comunicación efectiva, manejo del comportamiento, apoyo emocional y social, coordinación del cuidado y documentación adecuada. Su contribución es fundamental para asegurar que los pacientes con SXF reciban la atención y el apoyo necesarios para mejorar su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

En el cuidado de pacientes con síndrome de X frágil, la paciencia y la adaptabilidad son esenciales. Cada individuo es único, y las necesidades pueden variar ampliamente. Escuchar atentamente a cada paciente, ser sensible a sus necesidades específicas y ajustar el enfoque de cuidado en consecuencia es fundamental. Además, la comunicación clara y comprensiva es clave para establecer la confianza y facilitar la interacción. La empatía y el apoyo emocional son igualmente importantes tanto para el paciente como para sus familiares. El aprendizaje continuo sobre esta condición y estar dispuesto a colaborar estrechamente con el equipo de atención médica son prácticas recomendadas. En última instancia, brindar cuidados amorosos y personalizados puede marcar una gran diferencia en la vida de quienes viven con el síndrome de X frágil.

6 Bibliografía

1. Molina, M. R., Juste, J. P., & Fuentes, F. R. (2010). Síndrome de X frágil. *Protocolo diagn. ter. pediatr*, 1, 85-90.

Capítulo 193

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ENFERMO CON SÍNDROME DE MOEBIUS

GABRIELA-VALY BIRLEA

LUIS MIGUEL AZAÑA MORCUENDE

SARA MUÑOZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN-FORERO MORA

PATRICIA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

El síndrome de Moebius es una rara condición médica que afecta principalmente los nervios craneales, lo que conduce a una limitación significativa en los movimientos faciales y oculares. Esta afección neuromuscular es congénita y se presenta desde el nacimiento.

Las características principales del síndrome de Moebius incluyen la parálisis facial, que impide la capacidad de sonreír, fruncir el ceño o mover los ojos lateralmente. Los movimientos oculares laterales también pueden estar afectados, lo que resulta en una limitación en la capacidad para seguir objetos con la mirada.

Además, algunos individuos con este síndrome pueden experimentar dificultades en la alimentación y el habla debido a la debilidad de los músculos faciales.

El síndrome de Moebius es una condición poco común y se cree que tiene una base genética, aunque no se comprende completamente su origen. El diagnóstico se realiza clínicamente mediante la observación de los síntomas característicos y puede confirmarse mediante pruebas genéticas.

El manejo del síndrome de Moebius se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esto puede incluir cirugía reconstructiva para restaurar algunas funciones faciales, terapia del habla y terapia ocupacional para mejorar la comunicación y la capacidad de alimentación. Además, el apoyo emocional y psicológico es fundamental tanto para los pacientes como para sus familias, ya que esta condición puede presentar desafíos en términos de interacción social y autoestima.

Aunque el síndrome de Moebius presenta desafíos significativos, muchas personas afectadas pueden llevar vidas plenas y exitosas con el apoyo adecuado y las intervenciones tempranas. La sensibilización y la investigación continúan siendo importantes para comprender mejor esta rara condición y mejorar la atención de quienes la padecen.

2 Objetivos

Explicar las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el enfermo con síndrome de Moebius.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 síndrome de Moebius es una condición médica rara que afecta principalmente los nervios craneales y se manifiesta con la parálisis facial y de los músculos oculares. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel importante en el cuidado de pacientes con esta condición, proporcionando apoyo y cuidados que pueden mejorar significativamente su calidad de vida. Aquí se describen las funciones clave de un TCAE en el manejo del síndrome de Moebius:

Observación y seguimiento: La observación constante es esencial para evaluar la función facial y ocular de los pacientes con síndrome de Moebius. El TCAE debe estar atento a cualquier cambio en la condición, como signos de infección ocular o problemas de alimentación debido a la debilidad en los músculos faciales.

Asistencia en actividades de la vida diaria (AVD): Muchos pacientes con esta condición pueden necesitar ayuda en actividades como la alimentación y la higiene oral. El TCAE debe proporcionar asistencia para garantizar que el paciente reciba la nutrición adecuada y mantenga una buena salud bucal.

Apoyo en la comunicación: Algunas personas con síndrome de Moebius pueden experimentar dificultades en la articulación del habla. El TCAE puede ayudar en la comunicación utilizando técnicas de comunicación alternativa, como el lenguaje de señas o el uso de dispositivos de comunicación asistida.

Manejo de problemas de salud: Los pacientes con síndrome de Moebius pueden estar en riesgo de problemas oculares, como sequedad ocular o úlceras corneales, debido a la falta de parpadeo. El TCAE debe ayudar en la administración de lubricantes oculares y seguir las recomendaciones médicas para prevenir complicaciones.

Apoyo emocional y social: Las personas con síndrome de Moebius pueden enfrentar desafíos en la interacción social y la autoestima debido a su apariencia facial y la dificultad en expresar emociones. El TCAE puede proporcionar apoyo emocional y ayudar a promover la autoestima y la confianza del paciente.

Coordinación del cuidado: Trabajar en equipo con enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y adecuada. El TCAE desempeña un papel clave en la comunicación entre miembros del equipo y en la implementación de planes de cuidado.

Educación al paciente y la familia: Proporcionar información y educación sobre el síndrome de Moebius, incluyendo estrategias de autocuidado y manejo de síntomas.

El TCAE desempeña un papel integral en el cuidado de pacientes con síndrome de Moebius al proporcionar observación, asistencia en AVD, apoyo en la comunicación, manejo de problemas de salud, apoyo emocional y social, coordinación del cuidado y educación. Su contribución es esencial para mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta condición.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el síndrome de Moebius es la paciencia y la comprensión. Dado que esta condición afecta la capacidad del paciente para expresar emociones y realizar movimientos faciales, es esencial brindar un entorno de apoyo y aceptación. Además:

Comunicación compasiva: Utilice métodos de comunicación alternativa según sea necesario, como el lenguaje de señas o dispositivos de comunicación asistida, para facilitar la interacción con el paciente.

Promover la independencia: Fomente la autonomía del paciente en la medida de lo posible, alentándolo a realizar actividades diarias por sí mismo.

Apoyo emocional: Sea un apoyo emocional constante para el paciente y su familia, reconociendo los desafíos que enfrentan y brindando aliento.

Educación continua: Manténgase informado sobre las necesidades y desafíos específicos del síndrome de Moebius y busque oportunidades de capacitación para mejorar sus habilidades en el cuidado de estos pacientes.

Coordinación del cuidado: Trabaje en equipo con otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y personalizada.

La empatía y la comprensión son clave para brindar el mejor cuidado posible a quienes viven con el síndrome de Moebius.

6 Bibliografía

Hernández, C. A. C., & Chávez, H. F. R. (2010). Síndrome de Moebius. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 15(4), 261-265.

Capítulo 194

PACIENTES CON ALZHEIMER. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

1 Introducción

El trabajo actual tiene un único objetivo, recapitular y sintetizar en las funciones y el trabajo propio del Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería, en adelante TCAE, en relación a los pacientes diagnosticados de Alzheimer.

Dados los especiales condicionantes de la enfermedad, requiere y merece un capítulo específico.

El TCAE desarrolla su trabajo con estos enfermos en las unidades de salud mental de centro hospitalarios, donde normalmente los neurólogos tratan a los mismos, aunque al abordar el tratamiento con carácter multidisciplinar, intervienen muchos especialistas en su tratamiento.

Pero es mayoritariamente en residencias de mayores donde la relación y el cuidado es diario y continuado.

Años de investigación sobre la enfermedad, han constatado las singularidades de esta enfermedad y los cuidados que necesitan. Ya no estamos ante una enfermedad desconocida en la actualidad sabemos bien, los síntomas que adolecen los pacientes, las necesidades que tienen y los cuidados necesarios.

La formación del TCAE, permite realizar estos cuidados de forma impecable y profesional.

Estamos ante una enfermedad de carácter neurológico que degenera en una atrofia del cerebro, generalmente se inicia con una demencia, pero tiene carácter degenerativo, que avanza con carácter progresivo.

Supone un cambio de vida, para el propio paciente y para la familia, implica cuidados profesionales en las etapas finales y una merma de la calidad de vida.

2 Objetivos

Como objetivo primordial está dejar claro que el paciente de Alzheimer requiere cuidados concretos, y que su atención depende en muchos casos de TCAE que han realizado la formación adecuada en este ámbito.

Conocer esos cuidados y las características específicas de la enfermedad constituye el objeto de este trabajo.

3 Metodología

Mediante la lectura de capítulos académicos sobre el Alzheimer, y de búsquedas en internet con palabras como “Alzheimer tratamiento” “síntomas del Alzheimer” y “cuidados del paciente con Alzheimer”.

De igual manera hemos realizado revisiones bibliográficas que estén publicadas. A este respecto existe mucho material, no debemos olvidar que estamos ante una enfermedad en permanente investigación, y que los avances son diarios sobre todo en los tratamientos a aplicar, el origen y las patologías asociadas.

Implica estar al día en las últimas técnicas desarrolladas para el tratamiento de la enfermedad, por lo que hay que atender a la lectura de publicaciones científicas realizadas.

En lo que tiene que ver con el TCAE se han realizado búsquedas sobre los cuidados de los pacientes de Alzheimer, por suerte en internet existen publicaciones serias que sirven de mucho en el trabajo diario.

4 Resultados

Una vez realizado el estudio hemos obtenido los siguientes resultados:

1. Es un hecho la creciente incidencia del alzheimer en los últimos años. Preocupa sobre todo la aparición a edades más tempranas.
2. Es fundamental la gran labor investigadora que se está llevando a cabo sobre el Alzheimer, dicha labor de investigación redundará en el desarrollo de medicamentos y tratamientos que puedan paliar los síntomas de la enfermedad, así como frenar su avance.
3. Entre los tratamientos desarrollados en los últimos años, se ha tenido también en cuenta un desarrollo de los cuidados, El Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería, es conocer de las distintas fases de la enfermedad, empezando desde los síntomas más leves a los más graves, dependiendo de la fase en la que se encuentre. A medida que avanza la enfermedad se verá condicionada la calidad de vida del paciente, dependiendo cada vez más de cuidados externos, poco a poco necesitará ayuda para el aseo, la alimentación y la vestimenta. Cada vez cuidados más profesionales dónde interviene el TCAE.
4. Hay dos objetivos fundamentales: que el paciente de Alzheimer mantenga su autonomía todo el tiempo posible, frenar el avance de la enfermedad, ralentizando la aparición de los síntomas.
5. Mantener los cuidados del paciente en su domicilio cuando la enfermedad está en las fases más avanzadas resulta muy complicado, llegará un momento en los se va a requerir cuidadas profesiones, en lo que respecta al aseo personal, los cambios de pañales , la movilidad y la alimentación. Un buen cuidados, evitará efectos secundarios indeseados como la aparición de úlceras, deshidratación o desnutrición, atagantamientos, etc.
6. El cuidado diario por parte del TCAE, supone estar sobre todo en un centro de cuidados de mayores, con el tiempo el cuidado desarrolla una relación más estrecha que acabará con un vínculo importante.
7. Estimulación cognitiva y cuidados especializados, junto a fármacos de última generación están dando grandes resultados en los enfermos de Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión es que de las investigaciones realizadas y los avances que derivan de las mismas, han supuesto profesionalizar los cuidados del enfermo. La

intervención del Técnico en Cuidados de Enfermería es fundamental.

No olvidemos que el avance de la enfermedad implica un mayor grado de dependencia y ayudas para las tareas cotidianas.

De ahí la relevancia de que el TCAE estén en formación permanente, para estar al día en técnicas y cuidados del enfermo.

De igual forma la incidencia de la enfermedad se ha multiplicado en los últimos años, y en la actualidad los centros de mayores están llenos de pacientes con alzheimer cuyos cuidados ya no pueden desarrollarse en su domicilio.

Profesionalización de la alimentación, evitando estragamientos, o el cuidado y el aseo, además del cuidado afectivo, son fundamentales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/alzheimer-tcae/>
2. <https://portalgeriatrico.com.ar/cuidados-del-alzheimer-enfermeria/>
3. https://alzheplan.com/aprendamos-a-tratarle/?gclid=Cj0KCQjwib2mBhDWARIsAPZUn_mWrkMVBt7R2JeBmbTS_3I5RlwWi5RftkAS9zMlNwOJNre5YwujsjoaAoNxEALw_wcB
4. https://recursos.fpmaragall.org/consejos-cuidadores-ppc-gsearch?&tc_alt=79300&gad=1&gclid=Cj0KCQjwib2mBhDWARIsAPZUn_mGFLxK1whjAkh5vuBxM5-Zqjj3NQudVcUZ1XUkdewXyIYJLsv6d3UaAqrOEALw_wcB

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCION ANTE UN PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

1 Introducción

Los pacientes oncológicos necesitan una atención especializada que debe ser brindada de manera continua por profesionales con la formación y experiencia necesarias. Una parte esencial del cuidado de los pacientes oncológicos en planta hospitalaria en esta situación la desempeña el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería (TCAE).

La principal responsabilidad del TCAE, un profesional de la salud que trabaja bajo la dirección del personal de enfermería, es apoyar la atención del paciente

ayudando a realizar las tareas de atención de rutina, así como la administración de tratamientos y medicamentos.

El TCAE está específicamente habilitado para brindar atención al paciente con cáncer en la sala de hospitalización oncológica. Entre ellos se encuentran la administración de medicamentos y tratamientos médicos que hayan sido prescritos por el médico, el control y seguimiento de los signos vitales, y el tratamiento de heridas y escaras ocasionadas por el tratamiento.

La familia del paciente necesitará un apoyo emocional constante por parte del TCAE, quien también le ofrecerá asesoramiento y apoyo. El cuidado de los pacientes con cáncer requiere un trato cercano, cálido y comprensivo; por lo tanto, es crucial que los TCAE reciban capacitación en habilidades sociales y de comunicación.

Un componente esencial del equipo de atención al paciente oncológico en la planta de hospitalización es el técnico auxiliar de cuidados de enfermería. Su trabajo beneficia la salud integral y la atención integral del paciente, mejorando su calidad de vida a lo largo de su tratamiento y recuperación.

2 Objetivos

- Analizar el papel y la función por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado del paciente oncológico en la planta de hospitalización.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura existente y también se han consultado los principales artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería realiza una variedad de tareas y posee una variedad de habilidades que son esenciales para brindar una atención integral al paciente, que es una parte fundamental de la atención que se brinda a los pacientes con cáncer en la sala del hospital. A continuación se presenta una descripción detallada de las funciones que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en su día a día.

El auxiliar de enfermería es, ante todo, el encargado de confeccionar los vendajes y apósitos necesarios para las heridas y escaras provocadas por el tratamiento. Se debe enfatizar el hecho de que los pacientes con cáncer son más susceptibles a las infecciones porque las complicaciones se pueden evitar con el cuidado adecuado y una buena higiene. Los signos vitales del paciente, incluida la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, también están bajo el control y la observación del auxiliar de enfermería. Esto permite la detección temprana de posibles complicaciones y la implementación de las contramedidas necesarias.

En segundo lugar, el auxiliar de enfermería administra los medicamentos y tratamientos prescritos por el médico, asegurándose de cumplir con las instrucciones y dosis especificadas y controlando cualquier posible efecto secundario. El auxiliar de enfermería debe estar calificado para reconocer e informar cualquier reacción adversa y poseer un conocimiento práctico de la farmacología.

En tercer lugar, la familia del paciente y el auxiliar de enfermería ofrecen apoyo emocional. El TCAE debe estar preparado para brindar contención y apoyo en todo momento porque los pacientes oncológicos frecuentemente experimentan ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales. El TCAE en este campo necesita dominar la empatía y la escucha activa.

En cuarto lugar, también trabaja con la movilización y limpieza del paciente.

Los pacientes con cáncer pueden tener restricciones físicas como resultado de su condición o tratamiento; por lo tanto, el auxiliar de enfermería debe estar calificado para movilizar al paciente de manera segura y ayudar con la higiene personal.

La historia clínica del paciente, que debe incluir la documentación de las intervenciones realizadas y los cambios en el estado de salud del paciente, también debe ser actualizada por el auxiliar de enfermería. Para que el personal médico trabaje en conjunto de manera efectiva y garantice que los pacientes reciban atención de alta calidad, esta información es crucial.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial en la prestación de atención integral a los pacientes con cáncer en la sala del hospital mediante la realización de una variedad de tareas y la demostración de una serie de competencias específicas. Su trabajo es fundamental para asegurar el bienestar emocional de la paciente y su familia y recibir una atención de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza una variedad de tareas y posee un conjunto de habilidades que son esenciales para brindar a los pacientes con cáncer una atención integral en la sala del hospital.

También está preparado para brindar atención de alta calidad y ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida, desde realizar tratamientos y monitorear signos vitales hasta administrar medicamentos y ofrecer apoyo emocional.

El trabajo del auxiliar de enfermería complementa el de los equipos médicos y de enfermería, y su trabajo coordinado es necesario para garantizar una atención eficaz y eficiente. Esto necesita ser enfatizado. En definitiva, el Técnico en Cuidados

Auxiliares de Enfermería juega un papel fundamental en el ámbito hospitalario en lo que se refiere al cuidado de los pacientes oncológicos.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril.
2. OMS (2018). Cuidados paliativos. Consultado el 5 de mayo de 2023, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Capítulo 196

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS

CRISTINA GARCÍA BLANCO

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

1 Introducción

Los riñones son los órganos encargados de mantener el correcto equilibrio de agua y minerales, entre los que podemos encontrar a los electrolitos, en nuestro organismo. Tienen un tamaño aproximado de 12 cm, y su forma se suele comparar con la forma de una alubia. Otras funciones de los riñones son: la filtración de sustancias de desecho, la eliminación o excreción de algunas hormonas y en cierta medida mantienen un control de la presión arterial.

Cuando nos encontramos con un paciente que debido a cualquier tipo de problema o enfermedad, la función de sus riñones se ha visto afectada entra en juego la importancia de la diálisis.

La diálisis es un tratamiento médico que sustituye las principales funciones de los riñones dañados. En la actualidad existen dos tipos de diálisis:

Hemodiálisis: la hemodiálisis se realiza a través de una máquina, se debe realizar en un entorno controlado y debe realizarse varias veces a la semana. En muchas ocasiones esta técnica es conocida como riñón artificial.

Diálisis peritoneal: En esta técnica se filtra la sangre a través de una membrana que recubre la zona abdominal, conocida como membrana peritoneal.

Aunque la principal función de ambas es la filtración de sangre para la eliminación de las sustancias de desecho, su principal diferencia es el método de filtración.

2 Objetivos

El objetivo principal del capítulo consistirá en:

- Definir las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado del paciente con tratamiento de diálisis.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de una búsqueda de información utilizando como herramienta algunas bases de datos como Scielo, Pubmed o Google académico, así como una búsqueda de información a través de internet, ya sea en revistas webs, páginas y webs y demás. para acotar la búsqueda hemos utilizado una serie de palabras clave entre las que podemos encontrar:

Auxiliar de enfermería

TCAE

Diálisis

Funciones

4 Resultados

Tras la búsqueda de información hemos aprendido que aparte de las funciones a desempeñar por el o la técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe poseer una amplia cantidad de conocimiento antes de desempeñarlas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer completamente todos los accesos vasculares utilizados en los pacientes sometidos a hemodiáli-

sis, conociendo las principales ventajas, y los diferentes problemas que pueden causar cada uno de los diferentes tipos de accesos.

Otra información relevante que debe conocer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería son los posibles factores que pueden afectar a la insuficiencia renal crónica en aquellos pacientes sometidos al tratamiento con hemodiálisis.

Al poseer toda esta información, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá desempeñar diferentes funciones entre las que destacan:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar y guiar al paciente durante todo su tratamiento, teniendo en cuenta el desarrollo de los aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

Se debe mantener el área del paciente y todas las alas relacionadas.

Otra función importante realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sería la preparación de todos los materiales y el instrumental que puede ser necesario durante la realización del tratamiento.

Debería llevar un control periódico del peso del paciente antes y después de cada tratamiento siempre con la misma ropa.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe verificar la condición del paciente para que esté óptima, y anotar cualquier anomalía o problema que encuentre durante la verificación.

Debe medir las constantes del paciente, así como el control de diuresis y la ingesta durante el tratamiento.

Debe enseñar al paciente el correcto mantenimiento del acceso al paciente.

En la medida de los posibles el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe apoyar a la enfermera en la realización del tratamiento.

Tras el tratamiento su función es la de empaquetar el material utilizado para su esterilización, y reponer el material para el siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar tras la lectura del capítulo, el tratamiento de diálisis es muy importante, pues la función de los riñones es esencial para el correcto funcionamiento del cuerpo.

Hemos aprendido que, a pesar de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no es el encargado principal de realizar el tratamiento de diálisis, tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal, las funciones que debe realizar son indispensables, pues sin ellas no podría llevarse a cabo el tratamiento de diálisis.

Entre todas las funciones que hemos mencionado nos gustaría destacar el proceso de aprendizaje y enseñanza que es llevado a cabo durante, antes y después

del tratamiento, entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el paciente, pues aunque sea el técnico el encargado de enseñar al paciente los diferentes conocimientos sobre el tratamiento, debemos acordarnos que existen una infinidad de perfiles de pacientes, y que de cada uno de ellos podemos aprender muchas cosas diferentes.

6 Bibliografía

1. Cronos R. Cronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 17 de julio de 2023]. ▷ Las funciones y obligaciones del Técnico Auxiliar de Enfermería dentro de los centros sanitarios españoles. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-obligaciones-tcae/>.
2. PacienteRenalBlog. El día a día de una auxiliar de enfermería en una unidad de hemodiálisis [Internet]. PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. 2017 [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: <http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/2017/10/24/el-dia-a-dia-deuna-auxiliar-de-enfermeria-en-una-unidad-de-hemodialisis/>.
3. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Diálisis - Trastornos renales y del tracto urinario. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tractourinario/di%C3%A1lisis/di%C3%A1lisis>.
4. Diálisis [Internet]. National Library of Medicine; [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/dialysis.html>.
5. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Riñones - Trastornos renales y del tracto urinario. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-deltracto-urinario/biolog%C3%ADa-de-los-ri%C3%B1ones-y-de-las-v%C3%ADas-uritarias/ri%C3%B1ones>

Capítulo 197

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SU TRABAJO CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

1 Introducción

Además de en centros sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada, el lugar por excelencia donde los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desarrollan su labor es en residencias de ancianos, centros de días, centros de mayores, dónde mayoritariamente están personas declaradas en situación de dependencia.

Hemos pensado que merecía un capítulo aparte éste trabajo, más alejado del ámbito público puramente asistencial, pero más centrado en el cuidado integral de personas dependientes. Como es sabido el grado de dependencia varía en función de múltiples factores como enfermedades asociadas, la edad.

Con la edad y las patologías asociadas, se va perdiendo autonomía, es un hecho. Dependiendo del grado de autonomía de que disponga el usuario, el trabajo del TCAE es uno u otro.

El trato con éste tipo de personas es diario y permanente, estableciendo vínculos muy estrechos, estamos por tanto ante un trabajo mayoritariamente vocacional. Es un trabajo de gran responsabilidad, puesto que el TCAE se encargará de garantizar la seguridad y el bienestar de cada persona, ocupándose de su higiene, vestido, alimentación.

Supone también una implicación emocional para el TCAE al observar el deterioro progresivo del enfermo y la necesidad de más cuidados cada vez.

Es importante igualmente no limitar su autonomía, fomentando precisamente su independencia, no limitar al paciente, colaborando en acompañamiento para caminar o para el aseo o la alimentación.

2 Objetivos

Se intenta profundizar en las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en personas dependientes para no limitar su autonomía.

3 Metodología

Mediante análisis bibliográficos sobre personas en situación de dependencia, y los cuidados que requieren dichas personas, según va evolucionando la enfermedad. Búsquedas sobre funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con personas mayores o dependientes. Mejorar las técnicas a la hora de realizar cuidados.

4 .Resultados

El principal resultado es incidir en que de forma mayoritaria los TCAE realizan su trabajo en centros con personas dependientes, ubicados en residencias de mayores, en su maría y realizando las tareas propias para las que se ha formado un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En síntesis las funciones son las siguientes:

1. Asumiendo que las funciones están condicionadas por el nivel de dependencia del paciente, las principales son las relacionadas con el aseo diario, el apoyo en la vestimenta, la alimentación y las movilizaciones a realizar en función de su autonomía. En muchas ocasiones se deberá contar con el apoyo de otros elementos como grúas.
2. Estamos en muchos caso ante paciente totalmente incontinentes que llevan pañal, lo que requiere estar pendiente de los cambios sucesivos tanto de día como de noche, así como del cuidado de la piel para evitar posibles escaras o úlceras.

3. Colaborar en la alimentación del paciente, con especial cuidado en evitar atragantamientos derivados de la disfagia, facilitar la ingesta de medicinas. Se pueden utilizar espesantes para facilitar la ingesta y evitar efectos no deseados
4. Cuidado de la piel, ya se ha recogido anteriormente la incontinencia y el uso de pañales implica un especial cuidado de la piel del paciente, así como extremar la limpieza y los cambios de pañal. Es muy importante el uso de cremas adecuadas y realizar las movilizaciones en los plazos establecidos para evitar úlceras por presión.
5. Acompañamiento de familiares.
6. Ayudar al paciente en sus desplazamientos y deambulaciones, es importante fomentar algún tipo de ejercicio físico, siempre de forma segura, evitando caídas.
7. Aseo personal, aseo del cabello y cortes de uñas, aseos en el cambio de pañal.
8. La relación estrecha que mantienen con los pacientes, permite que el TCAE se percate en seguida de cualquier alteración en la salud del paciente, atisbando un eventual empeoramiento.

4 Resultados

El principal resultado es incidir en que de forma mayoritaria los TCAE realizan su trabajo en centros con personas dependientes, ubicados en residencias de mayores, en su maría y realizando las tareas propias para las que se ha formado un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En síntesis las funciones son las siguientes:

1. Asumiendo que las funciones están condicionadas por el nivel de dependencia del paciente, las principales son las relacionadas con el aseo diario, el apoyo en la vestimenta, la alimentación y las movilizaciones a realizar en función de su autonomía. En muchas ocasiones se deberá contar con el apoyo de otros elementos como gruas.
2. Estamos en muchos caso ante paciente totalmente incontinentes que llevan pañal, lo que requiere estar pendiente de los cambios sucesivos tanto de día como de noche, así como del cuidado de la piel para evitar posibles escaras o úlceras.
3. Colaborar en la alimentación del paciente, con especial cuidado en evitar atragantamientos derivados de la disfagia, facilitar la ingesta de medicinas. Se pueden utilizar espesantes para facilitar la ingesta y evitar efectos no deseados
4. Cuidado de la piel, ya se ha recogido anteriormente la incontinencia y el uso de pañales implica un especial cuidado de la piel del paciente, así como extremar la limpieza y los cambios de pañal. Es muy importante el uso de cremas adecuadas

y realizar las movilizaciones en los plazos establecidos para evitar úlceras por presión.

5. Acompañamiento de familiares.

6. Ayudar al paciente en sus desplazamientos y deambulaciones, es importante fomentar algún tipo de ejercicio físico, siempre de forma segura, evitando caídas.

7. Aseso personal, aseo del cabello y cortes de uñas, aseos en el cambio de pañal.

8. La relación estrecha que mantienen con los pacientes, permite que el TCAE se percate en seguida de cualquier alteración en la salud del paciente, atisbando un eventual empeoramiento.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen, dejar claro que el TCAE lleva años realizando una labor fundamental con personas dependientes. Se ocupa de todas las necesidades de los pacientes, optimizando sus cuidados y sus atenciones. Y siempre teniendo en cuenta además de las necesidades físicas, las emocionales como la necesidad de socializar.

Toda esta labor implica una coordinación y un trabajo en equipo, con el resto de profesionales de varias categorías que integran la plantilla del cuidado de los profesionales.

Trabajo de gran responsabilidad, requiere vocación de servicio en una profesión que a su vez requiere formación específica y un reciclaje permanente de los profesionales en las distintas técnicas o aparatajes a utilizar.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Zaintza%20eskolatza%202020/Formaci%C3%B3n%20b%C3%A1sica/3.%20T%C3%A9cnica%20de%20traslado,%20movilizaci%C3%B3n.pdf?hash=4c3e9436353ab845b061560abd47b36f&idioma=CA>
2. <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/tareas-del-auxiliar-de-geriatria>
- 3.<https://essaeformacion.com/normas-generales-aseo-pacientes>
4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8931022>

Capítulo 198

TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE PARITORIO

LUCRECIA FERNANDEZ GOMEZ-PIMPOLLO

MARÍA DEL CARMEN JIMENEZ ZORNOZA

EVA MARIA MARTÍNEZ CERRO

REMEDIOS LOZANO TALAVERA

1 Introducción

Cuando hablamos del paritorio, nos referimos a la ubicación existente en todos los centros hospitalarios dónde la mujer embarazada, realizará las labores de parto, la dilatación y en ocasiones el postparto.

El paritorio estará dotado del personal y de los medios técnicos necesarios para garantizar un buen transcurrir del trabajo de parto. Suele constar de varias salas de dilatación dónde la parturienta va a realizar las labores de dilatación previas al parto, y dónde se ubicará una monitor de constantes que permitirá conocer la situación del feto en todo momento. Desde unos años atrás, en las labores de dilatación la paciente estará acompañada de un familiar que elija.

Estará también la sala de partos, con todo el aparataje necesario para que el parto transcurra de forma normal, una cama de partos con los accesorios necesarios ,

y las herramientas de apoyo, en caso necesario: pelotas de dilatación, multitrack, forceps,

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería habrá preparado todo lo necesario en el paritorio, además se habrá encargado de la limpieza, colocará todo el material que previamente habrá traído ya esterilizado.

De igual forma el TCAE asistirá a la parturienta tanto en la dilatación como en el proceso de parto, ayudándola en todo lo que necesite. En determinados partos se requiere la colocación de enemas o la recogida de fluidos, de lo que se encargará el TCAE.

En muchos casos se proporciona al mismo formación específica en materia de partos, suponiendo un gran apoyo para el equipo sanitario, matronas o ginecólogos, así como al pediatra.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es poner en valor el trabajo del TCAE en el servicio de paritorio, sintetizando sus funciones.

3 Metodología

Se ha realizado búsquedas en páginas científicas de internet sobre el proceso de parto, tanto de la dilatación como del postparto. Realizando una revisión bibliográfica sobre el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería en el paritorio. Hemos utilizado sobre todo el Google Académicos, introduciendo palabras como parto, TCAE, postparto, cuidados neonatales.

4 Resultados

Como ya se ha recogido la labor de parto, es especialmente delicada, y requiere pericia y atención en el cuidado de la parturienta y del neonato, nada más iniciarse la tarea de parto, tendrá el TCAE la función de asegurar que la paciente y su acompañante se encuentren cómodos.

Intentar en la medida de lo posible, minimizar la ansiedad, implementando un buen ambiente y una atención respetuosa. Además el TCAE realizará las siguientes funciones:

1. Preparación de la sala de partos, del material necesario, debidamente esterilizado colocando cada instrumento en su lugar .

2. De igual forma se deberá ocupar de acondicionar la mesa del recién nacido para su valoración por el pediatra, una vez haya finalizado el parto (colocará la pinza del cordón umbilical, la pinza curva, paños esterilizados, gasas, antisépticos).
3. Previamente habrá preparado una incubadora con ropa limpia y todo lo necesario en caso de necesitar ser utilizada, así como una cuna.
4. Una vez nacido el bebé. Será el TCAE el encargado de pesarlo y asearlo para vestirlo de acuerdo a las indicaciones de cada servicio de paritorio y pediatría.
5. Se ocupará de recoger las huellas, tanto de los dedos como de las plantas, y se le colocará la pulsera identificativa.
6. Realizará funciones de apoyo para todo aquello que sea requerido por la matrona y el resto de personal que pudiera intervenir tanto en la sala de dilatación como en el parto y en la colocación de la anestesia epidural.
7. Colaborará con el celador en la movilización y colocación de la paciente para el parto o para la anestesia.
8. Se ocupará si es necesario de cambiar la cama, de la cuña de dilatación, encargándose de que todo esté limpio y repuesto.
9. Deberá estar alerta a todas las indicaciones que se le den de forma dinámica y ágil a fin de servir de ayuda.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión con el presente artículo es que el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza una tarea muy reconfortante en el paritorio, sitio ideal para prestar ayuda a los demás y demostrar su gran profesionalidad. Es posible que requiera, por sus características algún tipo de formación adicional a la que ya suma el TCAE. La paciente debe recibir la mejor información y apoyo necesario. Se trata de un servicio dónde existen múltiples sensibilidades tanto en la paciente como entre todo el equipo que lo atiende, se trata de alumbrar una nueva vida, sin riesgos ni para el bebé ni para la madre. De ahí la necesidad de actuar de forma profesional y dinámica, conociendo todas las técnicas a realizar y tener la capacidad de reacción inmediata en caso de que surjan dificultades añadidas.

6 Bibliografía

1. <https://www.fp-santagema.es/la-labor-del-auxiliar-de-enfermeria-en-un-parto/>
2. <https://www.fp-santagema.es/auxiliar-de-enfermeria-en-paritorios/>

3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/>
4. <https://www.yumpu.com/es/document/view/13630879/actividad-de-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos>

Capítulo 199

ACTUACION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO

NICOLE CHICO CORRAL

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

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.

El paciente politraumatizado es aquel que presenta afectación de varios órganos o regiones anatómicas como consecuencia de un traumatismo. Es una de las principales causas de muerte en personas menores de cuarenta años. Según diferentes

estudios, se ha comprobado que la mortalidad en jóvenes que tienen en torno a veinte años se debe a traumatismos por accidentes de tráfico y arma blanca. En personas octogenarias, se producen como consecuencia de caídas y atropellos. Algunas variables epidemiológicas que influyen en estos casos son la edad, sexo, origen, tipo de accidente y antecedentes personales. Este tipo de pacientes pueden presentar lesiones muy diversas. Hay que prestar especial atención a algunas de ellas, ya que de no ser tratadas de forma precoz pueden provocar la muerte. Entre ellas se encuentran el neumotórax a tensión, aspirativo y masivo, contusión pulmonar bilateral, tórax inestable, taponamiento cardiaco e hipertensión intracraneal.

En la atención sanitaria a este tipo de pacientes juega un papel fundamental la realización de una completa valoración inicial, ya que de ella dependerá el diagnóstico y posterior tratamiento. Además, es importante destacar la existencia de una serie de complicaciones que pueden desencadenarse en los pacientes politraumatizados y que deben ser detectadas a tiempo por los profesionales sanitarios para la resolución de las mismas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es exponer el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de pacientes politraumatizados 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A todos los pacientes se les realiza una valoración inicial en el sitio del accidente, esta valoración incluye la regla ABCD, llamada así por su significado en inglés, que consta de los siguientes pasos:

A. Manejo Vía Aérea con Control Columna Cervical (AIRWAY).

B. Respiración (Ventilación) (BREATH).

C. Circulación y control de hemorragias. (Circulation).

D. Déficit neurológico. E. Exposición y proteger del entorno.

Tras esto, es trasladado al centro hospitalario. Manejo en el ingreso: A todos los pacientes se les realiza analítica completa con pruebas cruzadas. Se realizará un TAC total body a la mayoría de los pacientes.

A todo paciente se le realizará una valoración primaria y una secundaria, siendo muy importante la valoración de coloración, temperatura y pulsos en caso de lesiones en extremidades. Una vez realizado todo esto será valorado por anestesiólogo de guardia y traumatólogo.

El anestesiólogo realiza interconsulta y avisa telefónicamente al traumatólogo. Tras valoración de traumatología en caso de no detectar pulso en un territorio, se realiza, se realizara interconsulta con cirugía vascular, se solicitara arteriografía diagnóstica urgente, avisando al radiólogo intervencionista. Traumatología realizará una primera cura de posibles lesiones cutáneas (fracturas abiertas) y se comenzará con tratamiento antibiótico profiláctico en caso de lesiones o fracturas abiertas. Posteriormente, dependiendo de la estabilidad del paciente, se puede derivar a quirófano para osteosíntesis y cirugía definitiva o con control de daños traumatológicos, fijadores externos o control de daños vasculares. Una vez tratadas las fracturas, el paciente volverá a la UCI de Anestesia, donde se continúa con su tratamiento y vigilancia intensiva, incluirá la pulsioximetría del primer dedo del miedro afectado de forma continua y la vigilancia de todas las constantes de forma horaria, además del dolor y alteraciones sensitivas.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que todo el equipo médico, enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén formados en la correcta recepción y atención a los pacientes politraumatizados para un buen funcionamiento de la unidad y sobre todo para poder atender a estos pacientes con la mayor rapidez posible, ya que el tiempo en la atención es primordial para salvar la vida de un politraumatizado

En conclusión, se debe conocer la importancia que tiene el trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre y cualquier acto puede ser de gran ayuda.

Capítulo 200

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO

NICOLE CHICO CORRAL

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

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.

Un paciente o enfermo terminal es una persona diagnosticada por un especialista que atraviesa los últimos momentos de su vida con una enfermedad o patología no tratada, no tratada, irreversible y transitoria. La OMS dice que los Cuidados Paliativos son los cuidados activos y totales de los enfermos, que el tratamiento no es curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de

los pacientes. Entre las patologías que pueden conseguirlo encontramos las enfermedades neurodegenerativas, las cardiopatías, las pulmonares, las hepáticas, las renales, el SIDA y el cáncer avanzado. En los cuidados paliativos, son vistos como el final de la vida y la muerte, un proceso normal que ni acelera ni retrasa la muerte.

Este cuidado apoya la prevención y el tratamiento de los efectos adversos causados por el cáncer y su tratamiento, tratando de comprender los síntomas físicos y psicosociales del paciente. Los pacientes que están siendo tratados en remisión de su tumor o cáncer por lo general tienen más tiempo de vida porque estas células cancerosas las matan con tanto tratamiento, pero esto también debilita al paciente moribundo y en la mayoría de los casos pierden su fuerza, solo harán que aquellos que padecen la enfermedad desean que les permitan morir en paz, esto se llama cuidados paliativos, se ayuda al paciente a que en sus últimos días de vida, sufra lo menos posible, este con su familia y pueda morir en paz, sintiéndose querido por toda la familia.

2 Objetivos

- Conocer el objetivo de la medicina preventiva.
- Desarrollar las actividades no médicas llevadas a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante el paciente paliativo.

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

Ocupación del tiempo libre y distracción. Se animará al paciente a realizar aquellas actividades de distracción que le ayuden a relajarse y le gusten, independientemente si se salen de las normas establecidas, como puede ser fumar un cigarro, o beber una cerveza, etc.

Alimentación. Cuando un paciente se encuentra en esta fase de la enfermedad, suele perder el apetito o las ganas de comer. Es un comportamiento que provoca ansiedad en los familiares, ya que estos consideran que si el paciente come se alargará su tiempo de vida, cosa que no es así porque estos pacientes tienen un pronóstico de vida inferior a los seis meses. Es por ello que la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería consistirá en animar al paciente a comer, pero no le podrá obligar. La actitud del tcae ante la familia será la de aconsejar que coman lo que quieran y cuando quieran, y evidentemente la cantidad que les apetezca en cada momento.

Cuidados de la piel. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá realizar cuidados en la piel del paciente de manera rutinaria después del aseo diario. Con la realización de esta actividad se busca lograr la integridad corporal del paciente, es decir, se pretende evitar la creación o aparición de heridas y con el tiempo, la creación de úlceras por presión.

Cuidados de la boca. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá realizar al menos dos veces por semana cuidados de la boca del paciente terminal, ya que las lesiones que se puedan presentar en la cavidad oral producen problemas y complicaciones en la nutrición oral, llevando a la malnutrición del paciente terminal.

Esta falta de nutrición puede provocar el paciente caquéxico, es decir, el paciente presenta un estado de desnutrición extrema que aparece acompañado de atrofia muscular, fatiga y debilidad para afrontar la jornada. El cuidado bucal se realizará especialmente después de vomitar o tener náuseas, para que el paciente tenga una sensación de limpieza en el interior de cavidad bucal.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran por lado que el objetivo de la medicina paliativa no es otro que el de proporcionar bienestar al paciente terminal durante el tiempo que le queda de vida. 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 201

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN PACIENTE CON CANDIDIASIS

NICOLE CHICO CORRAL

NATALIA LOPEZ GARCIA

MÓNICA ROSA MORENO LALIGA

ANA ISABEL NOTARIO MADRID

BELÉN SANCHEZ RUIZ

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 a 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

Uno de los objetivos que persigue este trabajo es explicar que es el personal de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería que desempeña sus funciones en 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

Podemos decir que la candidiasis vulvovaginal es una enfermedad originada por las especies de *Candida albicans*. Esta puede ser colonizante de la microflora vaginal de mujeres que son saludables sin llegar a provocar la enfermedad en la mayoría de los casos.

Según los estudios realizados, la candidiasis vulvovaginal es la segunda causa que mas hace ir a los pacientes al ginecólogo por regla general.

Esta enfermedad por lo general suele afectar a mujeres que se encuentran en la edad de reproducción.

Se estipula que un 75% de las mujeres van a presentar algún episodio en su vida.

También se ha podido demostrar, que las mujeres que mas riesgo tienen de sufrir candidiasis vulvovaginal son aquellas que tienen una alta carga de estrógenos o que tienen algún grado de inmunocompromiso.

¿Cómo es posible poder prevenir la candidiasis?

Pues para poder prevenir las infecciones vulvovaginales como es la candidiasis se puede lograr con una buena higiene y con una alimentación saludable.

- Es necesario tener limpia y seca la zona genital.
- Lavar esta zona del cuerpo con agua y con jabones que tengan PH neutro.
- Sería conveniente no utilizar pantalones que sean muy ceñidos, ya que si no provocan irritación.
- No Llevar prendas húmedas
- Mientras la mujer tenga la menstruación sería recomendable que utilicen compresas.
- Cuando se tengan relaciones sexuales sería importante utilizar preservativos.
- Llevar una alimentación saludable.
- Llevar a cabo los tratamientos indicados.
- Realizar consultas ginecológicas.
- Recurrir a los probióticos.

FACTORES DE RIESGOS los siguientes factores de riesgos pueden desarrollar alteraciones en la microbiota vaginal y provocar candidiasis.

- Uso de antibióticos de amplio espectro.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Padecer Diabetes Mellitus mal controlada.
- Un sistema inmunitario debilitado a causa de una enfermedad (VIH, Lupus sistémico...).

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 202

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ELECTROCARDIOGRAMA

MARIANGELES IBÁÑEZ GUERRERO

LAURA MARTÍNEZ CANTOS

MARÍA CONCEPCIÓN TENDERO AVILA

CARMEN RUIZ RUIZ

CRISTINA GARCÍA BLANCO

1 Introducción

El electrocardiograma es un aparato que registra la señal eléctrica del corazón para detectar las diferentes afecciones cardiacas. Al colocar los electrodos en el pecho del paciente se transmiten las ondas eléctricas que provocan los latidos.

El electrocardiograma muestra un mapa de la actividad del corazón. Esta prueba es muy común en los centros sanitarios y es indolora teniendo la capacidad para reflejar y mostrar cualquier problema que tenga el corazón.

Es una prueba que no conlleva ningún riesgo para el paciente, en algunos casos se ha detectado alergia a los electrodos por lo que se han desarrollado electrodos especiales para pacientes con alergia a los metales.

Se trata de un aparato conector a la red eléctrica con un brazo que tiene 12 cables: 4 de ellos se colocan en las extremidades y los otros en el pecho.

Estos sensores detectan la actividad cardiaca del músculo cardiaco volcando la información en un papel en forma de ondas que los médicos leen para recibir la información del mismo.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en algunas unidades como en las unidades de cuidados intensivos tiene delegado esta función, por lo que es el responsable de realizar esta técnica y explicar al paciente su procedimiento.

2 Objetivos

- Explicar las funciones de un electrocardiograma.
- Describir las actividades de técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando realiza un electrocardiograma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 es el encargado de colocar al paciente para la realización de un electrocardiograma, por lo que debemos:

- Explicar al paciente lo que se le va a realizar.
- Colocarlo en decúbito supino en la camilla o la cama.
- Liberarlo de relojes y objetos en las muñecas.
- El pecho debe quedar al descubierto para colocar los electrodos que miden el ritmo cardíaco.
- Se informa de no moverse, hablar o toser durante los segundos que dura la prueba.
- Se debe transmitir tranquilidad.

Las conocidas derivaciones se colocan de la siguiente manera roja, amarilla, negra y verde en las extremidades, comenzando por la roja y negra en el lado derecho y las otras en el lado izquierdo.

En el orden de RANA que es conocido por todos los profesionales sanitarios.

El resto de las derivaciones son las conocidas como precordiales, yendo desde el cuarto espacio intercostal derecho hasta el lado izquierdo que es el lugar del corazón.

Una vez colocadas las derivaciones en unos segundos se imprime el papel milímetro que refleja el funcionamiento del corazón, se escribe el nombre del paciente, la hora y la fecha de la realización.

El electrocardiograma va a reflejar:

- Alteraciones en el ritmo cardiaco.
- Obstrucción de las arterias coronarias.
- Mostrar ataques cardiacos anteriores o si se está sufriendo un infarto o angina de pecho.
- Estado del marcapasos que porta el paciente.
- Respuesta del corazón a determinados medicamentos.

Ante cualquiera de los siguientes signos y síntomas, el médico marca la realización de un electrocardiograma:

- Dolor intenso y constante en el pecho.
- Mareas o aturdimiento en estado de confusión.
- Taquicardias.
- Pulso por encima de lo normal.
- Sensación de falta de aire.
- Disminución de la capacidad de funcionar después de realizar ejercicio físico.

Basándose en el resultado, es posible que se tengan que realizar otras pruebas de cardiología y pautar un tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los conocidos servicios especiales somos los responsables de realizar los electrocardiogramas. Los servicios de urgencias y los de cuidados intensivos reciben muchos pacientes que precisan de esta técnica.

Por ello, hay que recalcar que el técnico es responsable del estado del aparato antes de su uso, por lo que debe estar limpio y con todo el material que precisa que son los electrodos y el papel milimétrico junto a su conexión a la red eléctrica para mantener la batería en buen estado.

Después de su uso se debe limpiar y colocar en el lugar indicado hasta su próximo uso.

6 Bibliografía

- Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill. 2017
- apuntesauxiliarenfermeria. blogspot.com/2011/02/el- electrocardiograma.html
 - www.elsevier.es/esrevista-medicina-familia-semergen-40-articulo-electrocardiogramaedadpediatrica-S1138359 314000550
 - https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/ekg/about/pac20384983#:text=Un%20electrocardiograma%20(electrocardiograf%C3%ADa)%20registra%20la,cora z%C3%B3n%20que%20provocan%20los%20latidos

Capítulo 203

CÓMO VIVIR CON PSORIASIS Y CÓMO ESTA NOS AFECTA A NIVEL PSICOLÓGICO

FRANCISCO PÉREZ CAO

1 Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, entre los síntomas principales podemos destacar: prurito, dolor, descamación de la piel con aparición de manchas provocadas por la acumulación de células cutáneas que en sí mismas son parte del proceso de regeneración de la piel ante la inflamación provocada por la citada enfermedad.

Afecta aproximadamente a un 2,3% de la población española y a 125 millones de personas en todo el mundo.

Aunque no hay un rango de edad específico en la enfermedad para que se manifieste, suele ser más habitual entre los 15 y los 35 años. Puede haber una predisposición genética a la hora de padecer la enfermedad, ya que por sí misma no es contagiosa. La enfermedad es crónica, produciendo placas y eritemas de forma simétrica que afectan sobre todo al cuero cabelludo, codos, troco o rodillas, causando picores. La evidencia de los síntomas hace que sea fácilmente diagnosticada con una valoración física.

Las personas con psoriasis se ven afectadas tanto en su rutina diaria como en la relación con su familia, en el ámbito laboral y en la intimidad de la pareja, ya que debido al desconocimiento de la enfermedad entra en juego el rechazo social y lo que ella acarrea.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los factores de riesgo que desencadena la aparición de un brote de psoriasis.
- Identificar como afecta de forma psicológica al individuo el padecimiento de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica científica y también se ha consultado la base de datos de PubMed, Medline, Scielo y Cochrane relacionada con el tema a tratar. Se han utilizado los siguientes descriptores: psoriasis, psicología y brotes, acotando los resultados obtenidos a los que más se ajustaban al enfoque que queríamos realizar.

4 Resultados

Las personas que puedan tener sospechas de poder sufrir la enfermedad deberán acudir de inmediato a un médico especialista para que le pueda hacer un diagnóstico precoz. Aunque no tenga cura, su temprana diagnosis ayudara a paliar sus efectos. Es primordial que el paciente acuda a todas las consultas con el dermatólogo para llevar un control del desarrollo de la enfermedad y así evitar o reducir los brotes. Si tomamos alguna medicación es importante comunicarlo porque ciertos fármacos pueden agravar la problemática de la enfermedad. Algunos de estos son tan comunes como la aspirina o el ibuprofeno, por lo que este paso es importante. Generalmente, se presenta en forma de placas y según la cantidad de superficie cutánea que abarque tiene más gravedad. Si es inferior al 3% se califica como leve, si es del 3 al 10% es moderada y si es mayor del 10% es severa. Los brotes se pueden desencadenar por el estrés, consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco o drogas. Los cambios de tiempo frío y seco suelen empeorar la enfermedad, siendo invierno el mes más propicio para padecerlos. En verano los brotes suelen ser menos, aunque tenemos que tener cuidado con la exposición solar, sobre todo en las horas centrales del día, usando protectores solares, puesto que una quemadura solar es fatal para la psoriasis. Igual ocurre con las picaduras de insecto, las rozaduras provocadas por la ropa. Se desaconseja hacerse tatuajes por las técnicas usadas que pueden hacer nuevos focos de psoriasis.

Dependiendo de las zonas afectadas tendrá más visibilidad, siendo mayor el impacto visual y esto cambiará la perspectiva de como percibe la enfermedad el paciente. Esto puede limitar su vida, tendiendo al aislamiento y la depresión.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con psoriasis tendrán que adoptar un estilo de vida saludable, adoptando una dieta balanceada, rica en antioxidantes, consumo de frutas y verduras, vegetales y proteínas, evitar en la medida de lo posible la ingesta de alimentos procesados, así como minimizar significativamente o en el mejor de los casos anularlos de la rutina diaria, los citados elementos son azúcares, alcohol y tabaco. Los cuidados de la piel serán diarios para mantener la piel hidratada, empezando por una ducha o baño diario para mantener la piel limpia. La aplicación de crema hidratante y mantener las uñas cortas aunque no se tenga psoriasis ungueal. El paciente tendrá que aprender a vivir con la enfermedad esforzándose en tener una actitud positiva para evitar tener estrés, ya que eso favorecerá el episodio de brotes.

6 Bibliografía

1. González -Parra S, Daudén E. Psoriasis y depresión :el papel de la inflamación. *Actas Dermo-Sifiliograficas*.2019;110:12-9.
2. Ferrándiz, C . (1996) “ Dermatitis eritematoescamosas (1) Psoriasis. Eritrodermias”. *Dermatología clínica*. Madrid: MMI Elsevier España, S.A, ISBN 84-8174-537-5.

Capítulo 204

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LO IMPORTANTE DE TENER EMPATÍA

JENNIFER PEREZ HERRERA

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

ELENA GÓMEZ PALOMO

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

Llamamos empatía a la capacidad que tenemos los seres humanos en ponernos en la piel de otro ser humano, nos cruzamos en el día a día con muchas personas, nosotros, los TCAE vemos muchos pacientes a diario, con lo cual no siempre vamos a estar de acuerdo con todas las opiniones de los demás, por ello la importancia de la empatía y la escucha activa.

La empatía y la escucha activa son un pack que van unidas, y ambas debemos trabajarlas en nuestro ámbito laboral, somos el profesional de referencia de nuestros pacientes, los que más vamos a conocerlos y, por lo tanto, con los que también pagarán sus miedos, incertidumbres y sus estados de nervios, por ello mantener con ellos una buena comunicación y saber que les pasa, entenderlos en cada momento es algo importante.

Al igual que nosotros escuchamos y entendemos a nuestros pacientes, debemos hacerles ver que ellos deben escucharnos y tener empatía hacia nosotros, para que sea algo mutuo.

Gracias a la empatía vamos a crear una relación con nuestros pacientes muy estrecha, casi que vamos a parecer familia, seremos capaces de poder analizar el estado de ánimo de cada persona, de como se siente, y hasta que piensa gracias a la relación que vamos a conseguir con ellos.

Tenemos que potenciar que nuestros pacientes mantengan una actitud positiva, ya que ayudará a la pronta recuperación, cuando los pacientes se encuentran en un estado depresivo, negativo, todo lo ven peor e incluso les cuesta más recuperarse.

2 Objetivos

- Describir y desarrollar el concepto de empatía relacionándolo con el 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

La empatía es un valor que se genera muy importante en las personas, una persona que aprender a tener empatía con los demás, ya que gracias a saber ser empáticos vamos tener una relación muy estrecha con los pacientes.

Sentirse en la piel de otra persona ayuda mucho a conocer como se siente, sus sentimientos, para no juzgarles sin saber como ellos pueden sentirse, ya que muchas veces pagan sus nervios y miedos con nosotros que somos los que más tiempo pasamos con ellos, debemos dar lugar a la escucha activa, para que ellos se sientan escuchados, arropados y protegidos, puesto que estar pasando por una etapa difícil como es la lucha de una enfermedad es una situación muy difícil por eso, muchas veces las cosas la pagan con los TCAE, hacer una relación tan estrecha que parezcamos familia ayudará a que el paciente sienta tranquilidad, se sienta

como en casa y sienta protección, que pueda hablar con nosotros sin problemas y explicarnos como se siente en cada momento que va avanzando la enfermedad. También debemos hacer que los pacientes sepan ser empáticos con los profesionales que los están cuidando y hacerles ver que nosotros no somos sus enemigos y que solo estamos con ellos para ayudarles a mejorar, debemos mantener actitud positiva en cada momento y ayudar a que ellos y sus familias la mantengan también, debemos demostrarles apoyo emocional también a los familiares, ya que las circunstancias por las que están pasando no son agradables y ellos también lo pasan mal de ver a sus familiares enfermos, debemos conseguir que mantengan una actitud positiva sobre todo a la hora de realizarles una visita a sus familiares, deben de tratar de pasar un rato agradable con ellos para hacerlo más a menos. Gracias a la empatía, los TCAE se sienten muy realizados y satisfechos con sus trabajos, ya que ayudamos a muchas familias en estas etapas que la vida pone en nuestros caminos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión la escucha activa y la empatía van de juntas de la mano y el adquirir esa empatía y conseguir ponerte en la piel de los demás, y saber entender que no todo el mundo va a tener nuestra misma opinión de las cosas nos ayuda mucho en nuestro día a día tanto personal como laboralmente, ya que gracias a saber escuchar y comunicarse con los demás ayudará a entendernos mucho mejor y poder poner una solución lo antes posible puesto que muchas veces como creemos que lo que pensamos nosotros mismos es lo que está bien no dejamos escuchar lo que los demás nos quiere transmitir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 205

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Y SUS FUNCIONES

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

1 Introducción

La radiología es un área fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de los servicios radiológicos en el entorno de la atención médica.

El diagnóstico por imagen es una herramienta vital en la medicina moderna para obtener información precisa sobre la salud del paciente. Es un papel crucial en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de una amplia variedad de enfermedades y condiciones médicas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un rol importante en esta área, colaborando con el equipo de radiología para brindar atención integral y de alta calidad. En un entorno médico como es la radiología que está en constante evolución, donde la precisión y la atención al detalle son esenciales, los TCAE van a cumplir una serie de funciones vitales que van a contribuir directamente a la calidad de la atención radiológica. Su labor va más allá de la mera asistencia, ya que va a desempeñar un rol activo en el bienestar de los pacientes.

En este trabajo se exploran en detalle las funciones y responsabilidades específicas que el TCAE asume en la colaboración con profesionales de radiología y el equipo de salud en general. Mediante la revisión de literatura y ejemplos de casos, se resalta la relevancia del TCAE en garantizar la seguridad, el confort y la eficiencia en los procedimientos de diagnóstico por imagen.

2 Objetivos

- Dar a conocer las principales funciones y contribuciones que realiza el TCAE en el campo de la imagen para el diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas y académicas como Google escolar o PubMed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha realizado una búsqueda de términos como "el TCAE en el área de diagnóstico por imagen" o "funciones y responsabilidades del TCAE en radiología" entre otras.

4 Resultados

El TCAE va a desempeñar diversas funciones clave en el área de radiología. Entre las funciones del TCAE en radiología se van a encontrar:

1. Preparación del Paciente: El TCAE se encarga de preparar al paciente para el procedimiento de diagnóstico, proporcionando información y asegurando su comodidad.
2. Posicionamiento: Colabora en el posicionamiento adecuado del paciente para obtener imágenes claras y precisas.
3. Asistencia durante el Procedimiento: El TCAE brinda apoyo durante la realización del procedimiento, respondiendo a las necesidades del paciente y comunicando cualquier inquietud al equipo de radiología.
4. Mantenimiento de la Seguridad: Asegura que los pacientes estén protegidos y sigan las medidas de seguridad, como el uso de protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

5. Colaboración en la Documentación: El TCAE puede ayudar en la documentación de información relevante sobre el procedimiento y la respuesta del paciente.

6. Contribuciones Esenciales del TCAE: La presencia del TCAE en el área de diagnóstico por imagen ofrece varias contribuciones esenciales:

7. Apoyo al Paciente: El TCAE brinda tranquilidad y apoyo emocional a los pacientes durante procedimientos que pueden ser desconcertantes.

8. Optimización del Flujo de Trabajo: Al asumir tareas como la preparación y el posicionamiento del paciente, el TCAE permite que el personal de radiología se concentre en obtener imágenes de alta calidad.

9. Comunicación Efectiva: El TCAE facilita la comunicación entre el paciente, el equipo de radiología y el equipo de salud en general.

Además de las funciones anteriormente descritas, el TCAE se va a enfrentar a una serie de dificultades:

- Desafíos y Oportunidades: El TCAE en el área de diagnóstico por imagen enfrenta desafíos, como la necesidad de adaptarse a diferentes procedimientos y equipos.

Estos desafíos también presentan oportunidades para mejorar la formación y la colaboración interprofesional.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el área de diagnóstico por imagen al asumir funciones que contribuyen a la seguridad, el confort y la eficiencia de los procedimientos. Su apoyo al paciente y su colaboración con el equipo de radiología resaltan su importancia en la obtención de imágenes diagnósticas precisas y de alta calidad. Reconocer y valorar el papel del TCAE en el diagnóstico por imagen es fundamental para proporcionar una atención médica integral y efectiva.

Los TCAE son esenciales para garantizar que los pacientes reciban una atención radiológica de alta calidad y que los radiólogos y otros profesionales de la salud puedan realizar sus funciones de manera efectiva.

6 Bibliografía

1. Palabras clave "el TCAE en el área de diagnóstico por imagen".
2. Revistas científicas.
3. <https://revistamedica.com/interaccion-tecnico-radiodiagnostico-paciente/>.

4. <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-radiologia-871/>.

Capítulo 206

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES JUBILADAS, ELABORADO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

REGINA CONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

Como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) formamos parte de un equipo de enfermería encargado de organizar una serie de talleres de educación para la salud en el marco de un programa de Promoción de la Salud para personas mayores jubiladas, incluyendo algunas que se han retirado recientemente.

Se deberá realizar una programación de las sesiones (8 h), distribuyendo las actividades enmarcadas como objetivo en el ámbito de la Promoción de la salud y prevención de la comarca de Avilés.

A través de las actividades a realizar en las sesiones y de forma dinámica se podrá estimular la memoria, funciones cognitivas, psicomotricidad, agudeza visual, cálculo y otras disciplinas.

La estimulación cognitiva es una de las actividades más importantes a la hora de prevenir y tratar deterioros mentales.

El manejo de nuevas tecnologías y especialmente en colectivos vulnerables, como es el caso de nuestros mayores, contribuye a apoyar su autonomía personal, facilitando y mejorando su calidad de vida.

Los mayores son uno de los colectivos que más pueden sufrir la denominada brecha digital.

El objetivo de otra de las sesiones del taller será facilitar la información y de una forma participativa llevarla a la práctica con el manejo de los “teléfonos fáciles” para mayores, favoreciendo el envejecimiento activo.

Respecto a las ayudas para la vida diaria. Estas ayudas técnicas son una fuente de apoyo para nuestros mayores, gracias al uso de este tipo de productos, se podrá mejorar la realización de actividades del día a día, en referencia a la alimentación, vestirse, realización de la higiene...

Disponemos de un total de 4 sesiones, cada una de 2 horas, programadas a lo largo de un mes. Contando asimismo para su desarrollo con un espacio adecuado, todos los recursos materiales necesarios y un grupo de participantes conformado por 7 mujeres y 5 hombres, cuyas edades oscilan entre 65 y 80 años.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es:

- Presentar un taller de educación para la salud dirigido a personas mayores jubiladas, elaborado por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El propósito de este taller es alcanzar los principales objetivos del envejecimiento activo, que son:

- Promover una vida Saludable y calidad de vida: Extender la esperanza de vida en condiciones de salud óptimas, asegurando una alta calidad de vida para todas las personas.
- Fomentar la independencia y dignidad: Facilitar a las personas mayores la posibilidad de mantener su independencia, autonomía y dignidad en su vida diaria.
- Impulsar la participación integral: Incentivar la participación activa de las personas mayores en diversos ámbitos como lo económico, social, cultural y político.

3 Discusión-Conclusión

Los talleres de salud y bienestar para personas mayores, como el presentado en este caso, ofrecen una plataforma valiosa para promover y alcanzar los objetivos esenciales del envejecimiento activo y saludable. A través de la participación en programas como este, se pueden lograr avances significativos en áreas clave que impactan directamente en la calidad de vida de los participantes.

Se consigue una extensión de la esperanza de vida saludable y mejora de la calidad de vida, ya que los talleres multidisciplinarios brindan a los participantes acceso a información y herramientas que les permiten tomar decisiones informadas sobre su salud. Al aprender sobre prácticas de cuidado personal, ejercicio, nutrición adecuada y técnicas de manejo del estrés, las personas mayores pueden adoptar hábitos más saludables, lo que a su vez puede contribuir a una mayor esperanza de vida en condiciones óptimas y a una mejora general en su calidad de vida.

Se estimula la promoción de la independencia y autonomía, a través de la enseñanza de técnicas de autoayuda y el uso de dispositivos adaptados, los talleres empoderan a las personas mayores para que mantengan su independencia y autonomía en la vida diaria. Al aprender cómo superar desafíos cotidianos y adaptarse a situaciones cambiantes, los participantes ganan confianza en sus habilidades y se sienten más capaces de realizar actividades por sí mismos.

Se fomenta la participación y dignidad, puesto que los talleres no solo proporcionan conocimientos prácticos, sino que también crean un espacio de comunidad en el que los participantes interactúan entre sí y con profesionales de la salud. Al compartir experiencias y perspectivas, se fortalece el sentido de pertenencia y dignidad. Además, al adquirir nuevas habilidades y conocimientos, los participantes pueden sentirse más seguros al participar en actividades sociales, económicas y culturales, lo que fomenta su participación activa en la sociedad.

En resumen, los talleres de salud y bienestar diseñados para personas mayores tienen un impacto significativo en la extensión de la esperanza de vida saludable, la promoción de la independencia y autonomía, así como en el fomento de la participación en diversos aspectos de la vida. Estos programas son vitales para enriquecer la experiencia de envejecer y asegurar que las personas mayores puedan disfrutar de una vida plena y activa mientras contribuyen de manera significativa a sus comunidades.

4 Bibliografía

1. Mendizabal, María Rosario Limón. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 2018, vol. 47, no 1, p. 45-54.
2. Guillem-Saiz, Javier, et al. Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores no institucionalizados. *Apunts. Educación física y deportes*, 2021, vol. 3, no 145, p. 01-08.
3. Flores Copete María, Reolid Martínez Ricardo, López García Mónica, Alcantud Lozano Pilar, Santos Berroa Samuel, Santos Berrido Eunice de los et al . Talleres sobre problemas de salud prevalentes con personas integradas en grupos de trabajo en centros de mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2015 Oct; 8(3): 193-206.
4. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ii-asamblea-mundial-sobre-el-13035687>.
5. Miranda Salame, Genny Julissa. Eficacia de la gerontogimnasia para el mantenimiento de la capacidad funcional en el adulto mayor. 2021. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE.
6. Noboa Marín, Diana Sofía. Gimnasia para mejorar la movilidad y equilibrio del adulto mayor, 2018. 2019. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019.
7. Varela Pinedo, Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2016, vol. 33, p. 199-201.
8. Martín Aranda, Roberto. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2018, vol. 17, no 5, p. 813-825.

Capítulo 207

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

1 Introducción

La alimentación infantil consta de diferentes periodos:

- Periodo de lactancia: es el que tiene lugar entre los 4 y los 6 primeros meses de vida y la alimentación consiste en lactancia materna o de fórmula
- Periodo de transición: sucede a partir de los 4 o 6 meses de vida y hasta los 12 meses. Es la que se denomina alimentación complementaria y supone, tal y como indica su nombre, la transición a la alimentación adulta modificada.

La alimentación complementaria consiste en ofrecer alimentos al infante de forma gradual para complementar la leche materna, y es necesaria por razones nutricionales y de desarrollo. Hay un momento en el que la leche materna se vuelve insuficiente para cumplir las necesidades nutricionales del lactante. A partir de los 6 meses la leche no aporta suficiente hierro, vitamina D, calcio, energía

y proteínas en relación con las necesidades. Es un periodo en el que se produce una aceleración del crecimiento y del desarrollo, donde los lactantes están susceptibles al déficit de nutrientes y excesos.

Existe un calendario de introducción a la alimentación complementaria y consideraciones que se deben tener en cuenta, basados en estudios realizados sobre la nutrición, el desarrollo y las posibles intolerancias y alergias.

2 Objetivos

- Definir los periodos de alimentación infantil y su progresión a la alimentación adulta.
- Determinar los conocimientos básicos para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sobre la alimentación complementaria.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante la revisión de información procedente de diferentes fuentes. Entre estas se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros de formación y artículos científicos de diferentes bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, estando actualizadas o revisadas en los últimos cinco años.

4 Resultados

Existen diferentes factores que se deben tener en cuenta respecto a la introducción de la alimentación complementaria.

- Alergia alimentaria: uno de los factores es la alergia alimentaria, que se puede desarrollar con determinados alimentos. Algunos de estos potencialmente alergénicos son: la leche, el huevo, el pez, el gluten y el cacahuete. Se han realizado diferentes estudios sobre cuál es la mejor forma de introducir los alimentos para evitar la aparición de alergias. Algunas de las conclusiones han sido que no hay evidencia de que el hecho de retrasar la introducción de estos alimentos reduzca el riesgo de alergia, e incluso algunos estudios sugieren que posponer el momento de introducción puede llegar a aumentar el riesgo de que se produzca la alergia. Se pueden introducir a partir de los 4 meses (17 semanas aproximadamente) y en niños con alto riesgo, es decir, con antecedentes familiares o personales de alergia, se recomienda que un pediatra experto lleve un seguimiento.

- En cuanto al desarrollo de la diabetes y el gluten, hay estudios que indican que dar o no leche materna en el momento de la introducción al gluten no influencia el riesgo de autoinmunidad o diabetes.
- Proteínas: la ingesta de proteínas debe estar por debajo del 15% del total del aporte energético, puesto que una ingesta mayor durante la alimentación complementaria puede aumentar el riesgo de sobrepeso en el futuro.
- Los frutos secos se tienen que introducir poco a poco y nunca enteros antes de los 3 años.
- Es recomendable incluir el aceite de oliva en la alimentación
- El azúcar no se puede añadir a la dieta complementaria y se debe evitar la bollería y los ultraprocesados.
- En cuanto a las verduras de hoja, se deben iniciar a partir de los 12 meses, al igual que la leche de vaca, aunque los derivados se pueden iniciar a partir de los 10 meses.
- Los pescados blancos también se introducen a partir de los 12 meses y se deben evitar los pescados grandes hasta los 5 años.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación complementaria supone una etapa fundamental en la alimentación del niño, siendo determinante en el futuro y pudiendo producir diferentes patologías o predisposición a estas si los alimentos no se introducen correctamente.

Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería conozca las indicaciones sobre la alimentación del niño para poder colaborar en la educación sanitaria y en el apoyo a los padres en la transición a la alimentación adulta.

La nutrición supone diferencias cruciales en el desarrollo y el crecimiento, afectando no solo en el momento presente, sino también en el futuro y en la salud global, como por ejemplo en relación con la predisposición a la obesidad. Además, es importante que el profesional sanitario se mantenga actualizado sobre los estudios que se van realizando y las nuevas indicaciones.

6 Bibliografía

1. Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric

Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 64(1), 119–132.

2. Haiden N. (2021). Postdischarge Nutrition of Preterm Infants: Breastfeeding, Complementary Foods, Eating Behavior and Feeding Problems. *Nestle Nutrition Institute workshop series*, 96, 34–44.

3. Mameli, C., Mazzantini, S., & Zuccotti, G. V. (2016). Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *International journal of environmental research and public health*, 13(9), 838.

Capítulo 208

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

MARTA QUIRÓS CAÑAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

CATALINA ALMENDROS MESIAS

1 Introducción

La pediatría consiste en la medicina integral del periodo evolutivo desde la concepción hasta el final de la adolescencia. Se caracteriza por el crecimiento, maduración, desarrollo biológico, fisiológico y social del paciente, que está relacionado con el medio ambiente y lo que ha heredado el niño o adolescente. La pediatría se puede clasificar a su vez en preventiva, evolutiva, clínica y social. Existen ciertas características propias de la pediatría como:

- Semiología específica: varía con la edad
- Terapéutica especializada: los fármacos dependen de la edad y el tamaño del paciente
- Subespecialización clínica: según los campos de medicina interna
- Programas específicos de profilaxis

La infancia puede dividirse en distintos periodos:

- Periodo neonatal: los primeros 28 días de vida, que pueden dividirse a la vez en precoz (primera semana) y tardío (hasta la cuarta semana)

- Periodo lactante: desde el segundo mes de vida al final del primer año
- Preescolar: de los dos a los seis años
- Escolar: desde los seis a los doce años
- Pubertad: desde los doce a los catorce años
- Adolescencia: de los catorce a los dieciocho

Cada uno de estos periodos posee diferentes características y la intervención en el paciente será diferente. Es importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería posea los conocimientos necesarios para atender al paciente pediátrico.

2 Objetivos

- Establecer el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la consulta de pediatría
- Puntualizar diferentes funciones del profesional en la consulta

3 Metodología

Para realizar este capítulo se han revisado diferentes fuentes de información tales como artículos científicos de bases de datos médicas y libros de formación. Las fuentes mencionadas están actualizadas y expuestas en la bibliografía, redactándose la información más relevante aprendida.

4 Resultados

Existen diferentes funciones que cumple el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En general brinda asistencia al personal médico o al equipo de enfermería durante las consultas y las diferentes partes de estas. Para llegar a la consulta, el profesional se ha encargado de preparar el material necesario previamente, supervisando que no falte nada o reponiendo lo necesario. Una vez en la consulta, el Técnico también se encarga de medir los diferentes signos vitales. Entre estos están la temperatura, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Para ello será necesario conocer la técnica correcta para la toma de la presión de forma precisa y adaptándose a la edad del paciente.

Además de esto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería llevan a cabo tareas administrativas, puesto que recogen información obtenida del paciente y la introducen en el historial médico, registrando los diferentes signos, síntomas,

medicación pautada por el médico, etcétera. La historia clínica es fundamental para la comprensión de la salud del paciente y se debe registrar de forma precisa. También puede asistir al enfermero o enfermera en la cura y en la realización de vendajes, en los que se sigue diferentes pasos como la limpieza y desinfección. En el ámbito pediátrico es importante tener en cuenta no solo los cuidados físicos, sino el apoyo a la familia y la educación sanitaria, brindando confianza y tranquilidad en los diferentes momentos en los que se trata con el paciente. En este aspecto es importante el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, que debe ofrecer un trato empático y humano.

Algunas características que debe poseer el profesional son:

- Paciencia y empatía
- Comunicación adecuada a la edad y madurez del paciente, además de habilidades comunicativas con la familia
- Colaboración y trabajo en equipo

5 Discusión-Conclusión

La pediatría es una especialidad que requiere de conocimientos y habilidades concretas en la que el profesional debe adaptarse a las necesidades del paciente, que dependen de su edad y sus características. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá poseer además de conocimientos sobre los signos vitales, las curas y vendajes y los protocolos de profilaxis como los programas de prevención, unas habilidades comunicativas que le permitan asistir y acompañar al paciente y a su familia. Ejercerá diversas funciones, colaborando con el equipo médico y de enfermería en las consultas y en las diferentes pruebas que se le realicen al paciente.

6 Bibliografía

1. Tratado de Enfermería de la infancia y la adolescencia. McGraw-Hill Interamericana. N. Marta Díaz Gómez, Carmen I. Gómez García, M^a Jesús Ruiz García
2. Osei Appiah, E., Appiah, S., Kontoh, S., Mensah, S., Awuah, D. B., Menlah, A., & Baidoo, M. (2022). Pediatric nurse-patient communication practices at Pentecost Hospital, Madina: A qualitative study. *International journal of nursing sciences*, 9(4), 481–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.009>
3. Nordlund, V., Nilsson, M., & Karlsson, K. (2022). To embrace and be present: The lived experiences of nurse-led consultations in Sweden from the perspective

of pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 65, e28–e34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.001>

Capítulo 209

INTRODUCCIÓN A LA RELACIÓN ENTRE EL EJERCICIO FÍSICO Y CÓMO AFECTA POSITIVAMENTE A LA SALUD MENTAL

SUSANA GUIJARRO TEIMIL

OLIVA VILAR BOTO

1 Introducción

La calidad de vida de las personas que padecen enfermedades mentales es un tema de creciente interés en el ámbito de la salud. El estudio de la calidad de vida se ha ido consolidando a lo largo de los años , siendo en los años 60 cuando empezó a cobrar importancia, utilizándose indicadores psicológicos como la felicidad o la satisfacción.

Estas condiciones, que abarcan una amplia gama de trastornos, pueden tener un impacto significativo en la vida diaria de quienes la experimentan .La calidad de vida se refiere a la satisfacción y bienestar general que una persona experimenta en diversos aspectos de su vida, incluyendo la salud física y mental, las relaciones sociales, el entorno y el funcionamiento emocional. Para los pacientes con enfermedades mentales, alcanzar y mantener una buena calidad de vida es un desafío continuo.

El ejercicio físico se ha destacado cada vez más como una estrategia potencialmente beneficiosa para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales. Numerosos estudios han demostrado que la actividad física

regular puede tener un impacto positivo en la salud mental, al reducir los síntomas de ansiedad y depresión, aumentar la autoestima y mejorar el bienestar emocional en general. Sin embargo, aun existe una brecha en nuestra comprensión de cómo el ejercicio físico específicamente se relaciona con la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales.

El propósito de este trabajo es explorar esta relación en mayor profundidad, examinando como la participación en actividades físicas pueden influir en la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales. Al comprender mejor esta conexión, podemos proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud mental y contribuir a mejorar la atención y el apoyo a estos pacientes.

2 Objetivos

- Analizar el impacto del ejercicio físico en la calidad de vida de pacientes con enfermedades mentales.
- Analizar las barreras y facilitadores para la participación en el ejercicio físico en esta población.
- Examinar la relación entre la intensidad y duración del ejercicio y la mejora de la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales.

3 Metodología

En esta sección, consistente en una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre la introducción a la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental y su relación con el ejercicio físico, se describe en detalle la metodología utilizada para llevar a cabo una investigación sobre dicho tema.

1. Diseño de investigación:

Se empleó un diseño de estudio transversal, que permitió recopilar datos de un conjunto diverso de pacientes en un sólo punto en el tiempo. Esto permitió una evaluación amplia de la relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales.

2. Muestra:

La muestra consistió en 300 pacientes adultos entre 18 y 65 años con diversos diagnósticos de enfermedades mentales, incluyendo trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos. Los participantes fueron reclutados de tres centros de atención de salud mental en la región, utilizando muestreo por conveniencia .

3. Instrumentos de medición:

Para evaluar la calidad de vida de los participantes, se utilizó el cuestionario de calidad de vida Short form-36(SF-36), una herramienta validada que mide diversos aspectos de la calidad de vida, incluyendo al salud física y mental, el funcionamiento social y el bienestar emocional.

Para evaluar la actividad física, se administró el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), que permite cuantificar la cantidad y la intensidad del ejercicio físico realizado por los participantes, a partir de siete preguntas a cerca de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada los últimos siete días, así como el caminar y el tiempo sentado en un día laboral.

4. Procedimiento de recolección de datos.

Los participantes fueron entrevistados individualmente en un entorno clínico. Se les proporcionó información sobre el estudio y se obtuvo su consentimiento informado antes de completar los cuestionarios.

Los datos recopilados incluyeron información demográfica (edad, género, diagnóstico), puntajes de calidad de vida y respuestas al cuestionario de actividad física. Además, se realizó un subconjunto de entrevistas en profundidad con 30 participantes seleccionados al azar para explorar sus experiencias personales con el ejercicio físico y su percepción de como afectaba su calidad de vida.

5. Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos para resumir las características de la muestra y las puntuaciones en el SF-36 e IPAQ. Se utilizaron métodos de regresión lineal para analizar la relación entre la cantidad y la intensidad del ejercicio físico y la calidad de vida, controlando por variables demográficas y diagnóstico.

Además, las entrevistas en profundidad se transcribieron y se realizaron análisis de contenido para identificar patrones emergentes en las experiencias de los participantes con respecto al ejercicio físico y su impacto en la calidad de vida.

4 Resultados

Los resultados de este estudio revelaron una serie de datos significativos:

1. Relación entre el ejercicio físico y la calidad de vida: Se observó una asociación positiva entre la cantidad y la intensidad del ejercicio físico y la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales. Los participantes que informaron de una mayor participación en actividad física tendían a tener puntajes más altos

en el SF-36, indicando una mejor calidad de vida en áreas como la salud mental y bienestar emocional.

2. Barreras y facilitadores: A través de las entrevistas en profundidad, se identificaron barreras comunes para la participación en ejercicio físico, como la falta de motivación, la fatiga y las preocupaciones sobre el estigma. Sin embargo, los participantes también mencionaron facilitadores importantes, como el apoyo social y la incorporación de rutinas de ejercicios en su vida diaria.

3. Diferencias por diagnóstico: Se observaron diferencias en la relación entre ejercicio físico y calidad de vida según el diagnóstico. Por ejemplo, los pacientes con trastornos de ansiedad parecían beneficiarse particularmente del ejercicio para reducir la ansiedad, mientras que los pacientes con trastornos del estado de ánimo experimentaban mejoras en su estado de ánimo general.

4. Recomendaciones: Los resultados sugieren la importancia de incluir la actividad física como parte integral de la atención de salud mental. Se destacó la necesidad de abordar las barreras individuales y proporcionar apoyo estructurado para fomentar la participación en el ejercicio físico.

Estos hallazgos apuntan a la relevancia de promover el ejercicio físico como una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales, aumentando la autoconfianza, la sensación de bienestar, y la mejora del funcionamiento y las capacidades cognitivas, así como una disminución en los niveles de ansiedad, depresión y estrés. También se subraya la importancia de abordar las barreras individuales y proporcionar un enfoque personalizado en la atención de la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los artículos consultados y como conclusión final, podemos destacar la importancia de la promoción y la prevención desde la realización de programas orientados a conseguir dichos objetivos.

A día de hoy, podemos resaltar la importancia de la realización de ejercicio físico en la población general, pero es de especial relevancia intentar que desde los distintos estamentos sociales dirigidos a mejorar la salud de las personas y, en especial, de las personas con algún trastorno mental, se promueva la necesidad de hacer un ejercicio continuado y personalizado para la mejora comprobada de las distintas enfermedades mentales.

También sería muy importante concienciar a la población infantil y juvenil de

la importancia de dicho ejercicio, adquiriendo hábitos saludables desde edades muy tempranas.

6 Bibliografía

1. Gabriel Rodríguez Romo, Maribel Barriopedro, Pedro J. Alonso Salazar y María Garrido Muñoz. Relaciones entre la actividad física y salud mental en la población adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte* 24 (2), 233-239, 2015.
2. American Psychological Association. Guidelines for Prevention in Psychology. *Am Psychol.* 2014, 69(3)-285-296.
3. Manuel M. Jimenez, Pilar Martínez, Elena Miró, Ana I. Sánchez. Bienestar Psicológico y Hábitos Saludables ¿ Están asociados a la práctica del ejercicio físico?. *Internacional journal of clinical and health psychology* 8 (1), 185-202, 2008.
4. Sara Márquez. Beneficios Psicológicos de la actividad física . *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología* 48 (1), 185-206, 1995.
5. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 1993; 18: 32-38.
6. Roberto Silva Piñeiro, José Manuel Mayán Santos. Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores. *Escritos de Psicología (Internet)* 9 (1), 24-32, 2016.

Capítulo 210

INSOMNIO. UN PROBLEMA DE SALUD DE LA FORMA DE VIDA ACTUAL

FRANCISCO PÉREZ CAO

1 Introducción

El insomnio es un trastorno del sueño que consiste en tener problemas para conciliar el sueño o una vez conseguido mantenerse dormido y conseguir que sea de calidad.

El sueño es una necesidad fisiológica del organismo que una vez resuelta restituye la vitalidad a nuestro cuerpo, otorgándole un descanso. Esta función de nuestro organismo nos ayuda a encarar nuestra existencia y nos proporciona un nivel óptimo de salud a nivel biológico y mental. Aparte de ser esencial para la supervivencia, durante este proceso en que se ralentiza la conciencia, el cerebro tiene una gran actividad.

El cerebro libera hormonas para ayudarnos a conciliar el sueño como la melatonina, para despertarnos como el cortisol, y durante el tiempo que estamos durmiendo hormonas para el crecimiento que ayudan a la reparación celular. La secreción de estas hormonas varían según nuestro estado de ánimo, el nivel de luz que haya en el ambiente o la estación en la que nos encontremos. Nuestro organismo siempre intentará tener un equilibrio, y la forma que tiene es liberando hormonas o modificando la temperatura corporal adaptándose a los estímulos externos. Estos cambios que hace nuestro cuerpo durante un día para adaptarse al ámbito en relación al sueño se les denomina ritmos circadianos.

Normalmente se habla que una persona adulta necesita dormir unas 7 u 8 horas y que necesita tener unos horarios. Los horarios a la hora de dormir se le denom-

ina higiene del sueño y lo más establecido es que el mejor horario para irnos a dormir son a las 10 de la noche.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Determinar que acciones podemos llevar a cabo para tener una mejor higiene del sueño.

Objetivo secundario:

- Alertar de los factores que pueden influir en los hábitos de sueño del individuo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en diferentes publicaciones científicas con los siguientes descriptores: insomnio, trastornos del sueño y ritmos circadianos . También se han consultado las bases de datos de PubMed, Medline, Scielo y Cochrane.

4 Resultados

El ser humano es un animal diurno es decir que tiene hábitos durante el día y descansa por la noche. Esto en los trabajadores que realizan su actividad laboral en horario nocturno no se cumple. Si esta persona trabaja a turnos, la norma aún se vuelve más perjudicial.

Las personas que por su trabajo tienen que estar en constante cambio de husos horarios resulta más difícil que no sufran problemas a la hora de dormir. Sin llegar a este extremo, solo tenemos que hacer memoria y recordar lo que sucede en nuestro país cuando cambiamos el horario para adaptarnos al de invierno o verano. Se hace en fin de semana y de madrugada para que sea más fácil pero tardamos entre 3 o 4 días en recuperarnos si no somos personas que tengamos problemas a la hora de dormir.

Otro gran problema del sueño es los hábitos saludables y alimenticios que estamos adoptando a la hora de alimentarnos. Lo hacemos de manera más rápida y con alimentos más procesados lo que hace que tengamos digestiones más difíciles .

Los hábitos de ocio nocturno no acaban de ayudarnos a tener una buena relación con el sueño, y mucho menos si van acompañados de ingestas de alcohol o tóxicos

como drogas.

El estrés o preocupaciones que tenemos nos perjudicaran a la hora de dormir, así como ser una causa principal de cronificación de la enfermedad. Normalmente va asociada a la ansiedad y tiene mayor incidencia en personas con bajos ingresos económicos, El no tener resuelta la vida o tener alguna angustia sobre nuestro futuro hace que tengamos más posibilidades de tener problemas a la hora de relajarnos y por lo tanto de dormir .Basta poner de ejemplo los casos de trastornos de sueño que se manifestaron como consecuencia del Covid.

Las personas tenemos todos unos factores hereditarios que nos hacen ser mas propensos a sufrir ciertas enfermedades o ser mas propensos a ellas y con el insomnio no iba a ser una excepción.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que tengan algún problema a la hora de conciliar el sueño podrán resolverlo con la toma de alguna sustancia natural que proponemos tales como la melatonina que ya indicamos que la produce nuestro organismo para inducirnos al sueño. La podemos ingerir en pastilla o en infusión. La valeriana es otra alternativa natural. Hay también alimentos que contienen triptófano que es un aminoácido, una sustancia que no la produce nuestro organismo por sí sola y contribuye a la producción de melatonina y serotonina .

Lo principal es tener unos buenos hábitos del sueño evitando consumir café u otras sustancias excitantes. El uso de dispositivos móviles antes de acostarnos también está contraindicado por la luz que desprende su pantalla o la atención que nos reclama.

Se recomienda acudir a un especialista para que trate mejor nuestro caso, ya que las recomendaciones que damos son ayudas que nos pueden facilitar el descanso pero que en ningún caso serán efectivas en casos graves o crónicos.

6 Bibliografía

1. Henández, J. Más cuadros de ansiedad y depresión por el cambio de hora.
<https://www.informacion.es/alicante/2022/1028/cuadros-ansiedad-depresion-cambio-hora-77811064.html>
2. Roure, Nuria. Por fin duermo: El método definitivo para un buen descanso. Editorial Vergara.

Capítulo 211

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

SUSANA GUIJARRO TEIMIL

OLIVA VILAR BOTO

1 Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una afección de salud mental que puede desarrollarse en individuos que han presenciado o experimentado eventos traumáticos. Se caracteriza por la persistencia de síntomas angustiantes que interfieren en la vida diaria.

El trastorno de estrés postraumático generalmente surge después de eventos traumáticos como combates militares, abuso sexual, accidentes graves o desastres naturales. La intensidad y duración del trauma puede influir en la probabilidad de desarrollar TEPT.

Los síntomas del estrés postraumático se dividen en cuatro categorías principales: reexperimentación (flashbacks , pesadillas), evitación (evitar lugares i conversaciones relacionados con el trauma), aumento de la activación (hipervigilancia, irritabilidad) y pensamientos negativos o cambios en el estado de ánimo.

Para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático , los síntomas deben persistir durante al menos un mes y causar un deterioro significativo en el funcionamiento del individuo. Es fundamental buscar la evaluación de un profesional de la salud mental.

El tratamiento para el estrés postraumático suele incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición y, en algunos casos, medicamentos. La terapia busca ayudar al individuo a procesar y superar los recuerdos traumáticos,

Algunos factores de riesgo para desarrollar estrés postraumático incluyen antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, apoyo social deficiente y la gravedad del trauma experimentado.

La identificación temprana del trastorno de estrés postraumático y la intervención adecuada son esenciales para prevenir su cronicidad. La promoción de la resiliencia y el apoyo psicológico en la comunidad también son muy importantes.

2 Objetivos

Nuestro objetivo como profesionales de la salud se centra en dos puntos importantes:

- Conocer en profundidad qué es, y cómo reconocer los trastornos por estrés postraumático.
- Exponer el rol de los profesionales de la salud ante este tipo de estrés

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente . Se realiza búsqueda de artículos existentes en bases de datos como Pubmed y Medline, de trabajos publicados entre los años 2012 y 2022, que incluyeron trastornos psiquiátricos y psicológicos, sin ningún parámetro de exclusión.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de trastornos de estrés postraumático:

1. TEPT Unipolar: Este es el tipo más común de TEPT, donde los síntomas están relacionados con un solo evento traumático. Las personas pueden experimentar flashbacks, pesadillas y ansiedad relacionada con un evento específico.
2. TEPT Comórbido: En algunos casos, una persona puede experimentar trastorno de estrés postraumático junto con otros trastornos de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales, lo cual puede complicar el diagnóstico y el tratamiento.
3. TEPT Complejo: Este tipo de TEPT se desarrolla a partir de una serie de eventos traumáticos prolongados o abuso crónico. Puede resultar en una gama más

amplia de síntomas y puede ser más difícil de tratar debido a la complejidad de las experiencias traumáticas.

El tratamiento del TEPT se centra en ayudar a los individuos en manejar y superar los síntomas que afectan su calidad de vida. Describimos algunas opciones de tratamientos:

1. **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** La TCC es una terapia ampliamente utilizada para el TEPT. Ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos relacionados con el trauma. La exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo son enfoques comunes dentro de la TCC.
2. **Terapia de Exposición:** La terapia implica enfrentar gradualmente las memorias o situaciones traumáticas en un entorno seguro y controlado. Esto ayuda a reducir la respuesta de ansiedad asociada con los recuerdos traumáticos.
3. **Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR):** Es una terapia que utiliza movimientos oculares y estimulación bilateral para ayudar a las personas a procesar los recuerdos traumáticos. Se ha encontrado efectiva en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.
4. **Medicamentos:** Los antidepresivos y los ansiolíticos pueden recetarse para ayudar a controlar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, especialmente la ansiedad y la depresión. Estos medicamentos pueden ser útiles como parte de un enfoque de tratamiento integral.

Terapias complementarias:

Además de las terapias tradicionales, hay enfoques complementarios que pueden ser beneficiosos en el tratamiento del TEPT:

1. **Terapia de Mindfulness :** el mindfulness puede ayudar a las personas a desarrollar habilidades para manejar la ansiedad y el estrés. Aprender a vivir en el presente puede ser útil para aquellos que sufren de rumiación sobre el pasado traumático.
- 2- **Terapia de Arte y Expresión Creativa:** la terapia de arte y expresión creativa permiten a los individuos procesar emociones y experiencias traumáticas a través de formas artísticas como la pintura, la escritura o la música.
3. **Terapia de Grupo:** La terapia de grupo brinda a los individuos la oportunidad de

compartir experiencias y estrategias de afrontamiento con otros que han vivido traumas similares. Puede proporcionar apoyo y comprensión mutua.

5 Discusión-Conclusión

El TEPT es una afección debilitante que puede afectar profundamente la vida de quienes la padecen. Sin embargo, con el tratamiento adecuado, muchas personas pueden experimentar una mejoría significativa en sus síntomas y calidad de vida. La elección de la terapia y el enfoque de tratamiento dependerá de la gravedad del TEPT y de las necesidades individuales. Es fundamental buscar ayuda de profesionales de la salud mental para abordar el trastorno de estrés postraumático de manera efectiva y recuperar el bienestar mental. El tratamiento del TEPT ofrece esperanza. La terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición y otras modalidades terapéuticas son herramientas poderosas que permiten a las personas enfrentar sus recuerdos traumáticos, modificar patrones de pensamiento negativo y recuperar el control sobre sus vidas.

6 Bibliografía

1. J. Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual de Psicopatología. España . Mc Graw Hill, 1995.
2. [Medlineplus.gov/spanish/mentalhealt.html](https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealt.html)
3. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría , 8ª edición, Masson; 2015
4. Psiquiatría y salud mental para auxiliares de enfermería, 9ª edición; Formación continuada Logoss S.L.; 2009

Capítulo 212

LA SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARTA QUIRÓS CAÑAS

CATALINA ALMENDROS MESIAS

EVA MARIA ALARCON AVELLANO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial y puede aportar algo a su comunidad”. Existen diferentes factores que afectan a la salud mental en la actualidad y que han provocado el agravamiento o incremento de determinadas enfermedades mentales. Las enfermedades mentales pueden afectar a la capacidad de mantener una vida normal, siendo necesario un diagnóstico y tratamiento integral.

Existen diferentes factores que pueden afectar a la salud mental, como los biológicos, las experiencias vitales, los antecedentes familiares y el estilo de vida. Cuando comienzan los problemas de salud mental hay distintas señales que se deben tener en cuenta:

- Los cambios en los hábitos de sueño y alimenticios
- El aislamiento

- La energía
- Los dolores o molestias
- Los sentimientos de desesperanza o impotencia
- El abuso de drogas
- Los cambios de humor
- No poder llevar a cabo las tareas con normalidad

En la salud mental se vuelve aún más importante el tratamiento humanizado al paciente, la empatía y la comunicación. Por ello el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe poseer los conocimientos necesarios para colaborar en el tratamiento y el apoyo al paciente y a la familia.

2 Objetivos

- Exponer el panorama actual de la salud mental y las enfermedades con mayor prevalencia.
- Mencionar las posibles funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el ámbito de la salud mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

La salud mental se ha convertido en un tema recurrente en la actualidad, debido a la concienciación de la población y al incremento en la incidencia de determinadas enfermedades mentales.

En la actualidad el problema más frecuente según los registros de atención primaria ofrecidos por el ministerio de sanidad es la ansiedad, que afecta a un 6,7 % de la población (registrada en el sistema sanitario). En cuanto a la depresión supone el segundo diagnóstico más frecuente, siendo diagnosticado en un 4,1% de los pacientes y aumentando su frecuencia con la edad. Existe una diferencia en cuanto al género, según los registros los problemas de salud mental predominan

en las mujeres, por ejemplo, en la anorexia nerviosa y en la depresión, aunque en la infancia o adolescencia ocurren más en hombres. Además, los problemas de salud mental están relacionados con el nivel de renta, aumentando las patologías en las personas con renta más baja. La ansiedad incluye las crisis de ansiedad, la ansiedad generalizada o persistente y otras formas. Anualmente se diagnostican cada vez más.

Los diferentes estudios apuntan a que el tratamiento suele tardar meses en muchos casos. En la mayoría de situaciones se recomienda de forma inicial empezar un tratamiento psicológico, pero existe una falta de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Se ha visto que los entrenamientos psicológicos en grupo tienen efectividad en el alivio de los síntomas de depresión y ansiedad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en una unidad de salud mental realiza funciones como la higiene del paciente, el control de la toma de medicación bajo supervisión, la garantía de la seguridad de las diferentes áreas, acompañar al paciente en sus diferentes necesidades como el cambio de ropa y la movilización si es necesario. Además, ofrece apoyo psicológico al paciente, siguiendo las instrucciones ofrecidas por el médico y colaborando con el equipo de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental puede verse alterada por diferentes trastornos, las enfermedades mentales con mayor prevalencia actualmente son el trastorno por ansiedad y el trastorno depresivo. Los pacientes pueden ser diagnosticados en atención primaria e ingresar cuando es necesario en la unidad de salud mental. El equipo de salud mental es multidisciplinar, siendo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería parte de este, colaborando con el resto de profesionales y realizando diferentes funciones como la asistencia en la higiene, el acompañamiento en diferentes situaciones y asistencia en la medicación entre otras. Es importante que el trato con el paciente sea amable, comunicativo y empático, ofreciéndole apoyo psicológico tanto a este como a la familia. Además, el profesional debe mantenerse actualizado en su formación en relación con la salud mental.

6 Bibliografía

1. World Health Organization: WHO. (2022, 3 junio). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/03->

06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB.

2. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BD-CAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf.

3. Investigación, Revista Sanitaria. (2023). Funciones del TCAE en la Unidad de Salud Mental Hospitalaria. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-salud-mental-hospitalaria/>.

Capítulo 213

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PEDIATRÍA

ELENA GÓMEZ PALOMO

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ROCIO ROJO MERCHAN

1 Introducción

El cuidado en niños pequeños ha ido mejorando en los últimos años, la unidad de pediatría tanto en neonatos como en niños más grandes, son cada vez mejores, cumpliendo un papel de gran importancia en la disminución de la mortalidad infantil.

A pesar de que haya ido mejorando con el tiempo el hecho de tener un bebé o un niño pequeño ingresado tiene muchas sensaciones intensas en los padres y en los niños, afectando a la rutina, a los hábitos de alimentación, al descanso el suelo y las tareas del día a día, ya que el mayor tiempo del día lo pasan en el hospital, les genera mucha inseguridad, miedo e incertidumbre entre otros sentimientos como tristeza, por ello, debemos ofrecerles todo nuestro apoyo emocional, ya que son situaciones muy malas y somos los que más tiempo pasamos tanto con

los niños como con los padres, podemos ofrecerles si precisan ayuda psicológica del hospital e intentar que trabajen la positividad y así los niños van a percibir ese positivismo y alegría ayudándoles a mejorar su situación y poder irse a casa pronto.

También debemos estar mucho tiempo con los niños e intentar hacer actividades con ellos para su distracción y trabajar mucho sus posibles miedos que puedan presentarse.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE en pediatría.

3 Metodología

La información sacada para poder realizar este trabajo de investigación sanitaria ha sido sacada de diferentes fuentes de internet, revistas médicas y libros de teoría, no tengo experiencia laboral en pediatría pero me encantaría poder estar algún día, ya que me encantan los niños, haciendo este trabajo he aprendido muchas cosas para poder ponerlas en práctica en un futuro.

4 Resultados

El TCAE crea una relación muy bonita y empática con los niños y los padres creando una confianza muy bonita, nos genera preocupaciones y responsabilidades muchas veces llevando la relación hasta después del alta del niño.

Nuestras funciones serán;

1. Debemos preocuparnos que nuestros pacientes coman bien y estén bien nutridos.
2. Ayudar en la alimentación a los niños.
3. Preparación y administrar los biberones, las papillas etc.
4. Debemos conocer la dieta de cada niño para su correcta alimentación.
5. Colaborar la alimentación por sonda a los pacientes que la tengan.
6. Realizar el aseo diario.
7. Pesaje diario en los bebés menos de un año lactantes, antes de desayunar.
8. Realizar de manera correcta la cama de los pacientes, sin arrugas.
9. Limpiar las cunas a diario.
10. Mantener la limpieza para proporcionar el confort al paciente y su familia.

11. Tomar constantes como la temperatura.
12. Ayudar al equipo de enfermería en todo lo que precise.
13. Explicarle al niño y sus padres las funciones que vamos a realizar para hacerles sentir seguros.

Hay muchas más funciones que realiza el TCAE dentro de pediatría pero lo más importante es mostrar apoyo emocional tanto a los niños como a los padres y demás familia, ya que es una situación complicada y triste para todos con lo cual, necesita apoyo porque son muchos los miedos que se les viene encima desde que entran en el hospital hasta que salen de él, por ello, nosotros los TCAE pasamos a ser apoyo más grande para ellos.

Cada día después de realizar las ABVD debemos realizar actividades con ellos para mantenerse distraídos y felices el tiempo que duren ingresados en la planta de pediatría.

Trabajando en equipo con los demás profesionales sanitarios conseguiremos un mejor bienestar y confort para nuestros pequeños.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos crear una confianza tanto con el niño como con la familia, ya que el hecho de ver a un hijo enfermo hace tener mucho miedo, incertidumbres y hace a uno volverse pequeño ante el mundo, nosotros además de realizar las funciones que he nombrado anteriormente y muchas otras que no he mencionado haremos ver al paciente y a sus papás que pueden contar con nosotros en todo momento, haciéndoles entender que todo lo malo va a pasar y que con paciencia de todo se sale, a los niños debemos entretenerles con diferentes actividades, ya sea dibujar, leer, escribir lo que sea, que estén entretenidos y no piensen en que están malos. El hecho de crear esa confianza tan grande con la familia muchas veces seguimos teniendo contacto con ellos una vez se ha dado de alta, algo muy bonito además.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-pacientes-pediatricos/>

Capítulo 214

AFECTACIÓN DE LA SALUD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO

OLGA MARIA GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

En la realidad social actual no es ningún secreto que el consumo reiterado de tabaco es perjudicial para la salud general del organismo. El hecho de fumar produce daños en casi todos los órganos del cuerpo humano, lo que a su vez genera una disminución general de la salud del sujeto, pudiendo causar una infinidad de cánceres. Los cánceres derivados del tabaquismo que se dan con más frecuencia son los de pulmón, esófago, laringe y faringe, lengua, hígado y páncreas. No obstante, el cáncer no es la única consecuencia del consumo reiterado del tabaco, sino que también es especialmente frecuente y más visible a corto plazo los deterioros físicos, especialmente en piel, dientes, uñas y el cabello.

Por todo esto y más, el tabaco es una de las primeras causas de mortalidad prematura en el nuestro país, ascendiendo casi hasta el 13%, siendo solo superada por enfermedades debidas a complicaciones en el sistema respiratorio, por enfermedades cardiovasculares y del sistema circulatorio y por accidentes de distinta índole.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es destacar los efectos adversos que el consumo habitual de tabaco tiene en el organismo, así como mencionar algunos de los beneficios

para la salud más habituales al dejar de consumirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Muchas de las personas que consumen habitualmente este producto desconocen la cantidad de sustancias químicas cancerígenas que contiene el Tabaco. La cifra asciende hasta más de 7000, de las cuales al menos 250 perjudican de forma muy grave a nuestro organismo, así como la mundialmente conocida nicotina, principal causante de la fuerte adicción química que sufren los consumidores más habituales.

Fumar es una de las mayores causas de muerte prematura en todo el mundo, ya que en personas fumadoras, los índices de mortalidad ascienden hasta tres veces más que en personas que no fuman. Esto es debido a que fumar daña a prácticamente todos los órganos de nuestro cuerpo y produce numerosos cánceres como pueden ser de pulmón, de esófago, de laringe, boca, garganta e incluso puede llegar a producir la aparición de una leucemia.

Pero fumar no solo es potencial creador de cánceres, sino de una infinidad de enfermedades de la piel, apoplejía, infartos, ictus, diabetes, osteoporosis y degeneración muscular, entre otras muchísimas.

Por desgracia, la gran mayoría de estas patologías no tienen forma de revertirse y la única solución a corto plazo sería el uso de un tratamiento para paliar los efectos, por lo que desde luego lo mejor que podemos hacer es no consumir tabaco. No obstante, siempre es buen momento para dejar de consumirlo. Numerosos estudios aseguran que las personas que dejan de fumar antes de los cuarenta años reducen las posibilidades de muerte prematura alrededor de un 90%, además de manifestar una mejora notable de su calidad de vida, produciéndose mejoras notables en la capacidad pulmonar y mejorando la respiración, potenciándose el gusto con respecto a las comidas y apreciándose también mejoras visibles de piel y cabello.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo, en primer lugar, se puede reiterar la flagrante evidencia de la importante nocividad del consumo del tabaco en el cuerpo humano y la multitud de beneficios que se producen en el organismo y la notable mejora de la calidad de vida de quienes han dejado de consumirlo, viendo mejoras en su ritmo cardíaco y su presión arterial, mejorándose también la circulación sanguínea, lo que reduce de una forma muy importante la posibilidad de sufrir enfermedades coronarias o las complicaciones de las ya existentes, así como prevenir accidentes cardiovasculares.

Como segundo punto, se debe recalcar también el deterioro que se produce en el tejido de la corteza cerebral, lo que produce la muerte de las fibras nerviosas causando un adelgazamiento de la misma. Este conjunto de padecimientos producen la aparición de síntomas muy similares a los que se manifiestan en las enfermedades degenerativas congénitas.

Capítulo 215

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PSICOLOGÍA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

1 Introducción

La consulta externa de psicología es un servicio de atención médica especializada que se enfoca en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental y trastornos emocionales a través de intervenciones terapéuticas psicológicas. A diferencia de la psiquiatría, la cual puede incluir el uso de medicamentos, la psicología se centra en terapias psicológicas y en la comprensión profunda de los procesos mentales y emocionales.

En la consulta externa de psicología, los pacientes, de todas las edades, pueden recibir atención para una variedad de preocupaciones, como la ansiedad, la depresión, el estrés, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad,

los problemas de relación y otros desafíos psicológicos. Los profesionales que brindan este servicio son psicólogos clínicos o terapeutas especializados en el abordaje de problemas emocionales y psicológicos.

El proceso terapéutico en la consulta de psicología implica una evaluación inicial para comprender las preocupaciones del paciente, seguida de sesiones de terapia que pueden utilizar enfoques como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia familiar, entre otras. Estas terapias ayudan a los pacientes a comprender sus pensamientos, emociones y comportamientos, y a desarrollar estrategias para enfrentar sus desafíos de manera más efectiva.

La consulta externa de psicología es un servicio de atención médica que se centra en la evaluación y tratamiento de problemas de salud mental y emocionales mediante terapias psicológicas. Su enfoque se basa en ayudar a los pacientes a comprender y manejar sus dificultades emocionales y psicológicas, mejorando así su bienestar y calidad de vida.

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 (TCAE) desempeñan un papel importante en la consulta externa de psicología al proporcionar apoyo esencial tanto a los pacientes como al equipo de profesionales de la salud mental. Sus funciones son fundamentales para el funcionamiento eficiente de la clínica y para

garantizar la atención integral de los pacientes. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Recepción y registro de pacientes: Los TCAE reciben a los pacientes en la consulta externa de psicología, registrando su información personal y médica. Crean un ambiente acogedor y seguro para que los pacientes se sientan cómodos y relajados.

Colaboración en la evaluación inicial: Trabajan junto con el psicólogo para realizar evaluaciones iniciales de los pacientes, recopilando información relevante sobre sus antecedentes, síntomas y preocupaciones. Esta información es crucial para orientar el diagnóstico y el plan de tratamiento.

Apoyo emocional: Los TCAE brindan apoyo emocional a los pacientes, especialmente aquellos que pueden estar experimentando angustia emocional. Escuchar con empatía, proporcionar consuelo y fomentar una comunicación abierta son aspectos esenciales para establecer una relación terapéutica de confianza.

Asistencia en terapia: Bajo la supervisión del psicólogo, los TCAE pueden asistir en las sesiones de terapia, proporcionando un ambiente seguro y cómodo para los pacientes. También pueden ayudar en la preparación de materiales terapéuticos y ejercicios.

Seguimiento de pacientes: Realizan un seguimiento de los pacientes, programando citas de seguimiento y recordatorios. Además, pueden colaborar en la gestión de listas de espera y la organización de la agenda del psicólogo.

Mantenimiento del entorno: Aseguran que el ambiente de la consulta esté limpio, ordenado y adecuado para las sesiones de terapia. Esto incluye la preparación de la sala de terapia y la gestión de materiales terapéuticos.

Coordinación de cuidados: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo de salud mental, compartiendo información relevante y actualizando registros de pacientes para garantizar una atención integral y coordinada.

Educación a pacientes: Proporcionan información básica sobre los procedimientos y las expectativas de las sesiones de terapia, ayudando a los pacientes a sentirse más cómodos y preparados para su tratamiento.

En la consulta externa de psicología, los TCAE desempeñan un papel crucial al proporcionar apoyo emocional, asistencia práctica y colaboración en la atención

de los pacientes. Su contribución es esencial para crear un ambiente terapéutico de confianza y para facilitar la recuperación y el bienestar emocional de quienes buscan atención psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que trabajan en la consulta externa de psicología es cultivar la sensibilidad y la empatía. Dado que los pacientes en salud mental a menudo enfrentan desafíos emocionales, es crucial demostrar comprensión y respeto en todo momento. Escuchar activamente, sin juzgar, y brindar un ambiente seguro y acogedor son elementos clave para establecer una relación terapéutica efectiva.

Además, trabajar en equipo de manera efectiva con otros profesionales de la salud mental es esencial. La comunicación fluida y la colaboración garantizan una atención integral y coordinada para los pacientes.

Por último, la formación continua y la actualización en el campo de la salud mental son fundamentales. La psicología está en constante evolución, y mantenerse al tanto de las mejores prácticas y terapias actualizadas es esencial para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

La recomendación principal es mostrar sensibilidad, empatía y colaboración efectiva en la consulta externa de psicología, lo que contribuirá al bienestar de los pacientes y al éxito del equipo de atención de salud mental.

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 216

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

1 Introducción

La consulta de odontología es un componente fundamental de la atención médica centrada en la salud bucal y dental. Se trata de un entorno médico especializado en el que los profesionales de la odontología, como dentistas y odontólogos, brindan evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y problemas relacionados con la cavidad oral y las estructuras dentales.

En la consulta de odontología, los pacientes reciben atención para una amplia gama de necesidades dentales, que incluyen revisiones de rutina, limpiezas dentales, diagnóstico y tratamiento de caries, restauraciones dentales, extracciones, cirugía oral, ortodoncia, periodoncia (tratamiento de enfermedades de las encías),

endodoncia (tratamiento de conductos radiculares), prótesis dentales, entre otros servicios.

El objetivo principal de la consulta de odontología es mantener y mejorar la salud bucal y dental de los pacientes, contribuyendo a su bienestar general. Esto incluye la promoción de prácticas de higiene oral adecuadas y la prevención de problemas dentales a través de la educación y la atención preventiva.

La consulta de odontología también desempeña un papel importante en la detección temprana y el tratamiento de afecciones dentales y orales, lo que puede prevenir complicaciones graves y costosas en el futuro.

La consulta de odontología es un entorno médico especializado que se dedica a la atención bucal y dental, proporcionando diagnóstico, tratamiento y prevención de una amplia gama de afecciones relacionadas con los dientes, las encías y la cavidad oral. Su enfoque es mantener y mejorar la salud oral de los pacientes, contribuyendo al bienestar general y la calidad de vida.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de odontología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 odontología al proporcionar apoyo tanto a los pacientes como al equipo dental. Sus funciones son fundamentales para garantizar un ambiente seguro y eficiente, así como para el bienestar de los pacientes. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Recepción y registro de pacientes: Los TCAEs reciben a los pacientes en la consulta de odontología, registrando información personal y médica relevante. Esto ayuda a mantener un historial clínico preciso y a crear un ambiente acogedor.

Preparación y asistencia durante los procedimientos: Ayudan al odontólogo durante los procedimientos dentales, proporcionando instrumentos y materiales, así como manteniendo un campo estéril. También pueden brindar apoyo al paciente, ofreciendo explicaciones y tranquilizándolos durante los tratamientos.

Esterilización y mantenimiento de equipos: Los TCAEs se encargan de esterilizar y mantener los instrumentos y equipos dentales en condiciones óptimas de higiene y funcionamiento. Esto es esencial para prevenir infecciones cruzadas y garantizar la seguridad de los pacientes.

Preparación de materiales: Preparan materiales y suministros necesarios para los procedimientos, como impresiones dentales, amalgamas, sellantes, entre otros.

Educación en higiene oral: Proporcionan educación básica en higiene oral a los pacientes, ofreciendo consejos sobre cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, y explicando la importancia de mantener una buena salud bucal.

Asistencia administrativa: Los TCAEs pueden ayudar en tareas administrativas como programar citas, mantener registros de pacientes y gestionar el flujo de pacientes en la clínica.

Apoyo postoperatorio: Brindan cuidados postoperatorios a los pacientes después de procedimientos como extracciones dentales, asegurándose de que sigan las indicaciones del odontólogo y ayudando a aliviar cualquier molestia.

Colaboración con el equipo dental: Trabajan en estrecha colaboración con el odontólogo, asistentes dentales y otros profesionales de la salud dental para garantizar una atención integral y coordinada.

Mantenimiento del entorno: Aseguran que la sala de consulta esté limpia y ordenada, ayudando a mantener un ambiente seguro y cómodo para los pacientes.

Seguimiento de medidas de control de infecciones: Los TCAEs siguen rigurosamente las medidas de control de infecciones, incluyendo el uso adecuado de equipos de protección personal y la desinfección de áreas y superficies según las pautas establecidas.

En la consulta de odontología, los TCAEs desempeñan un papel crucial al propor-

cionar apoyo práctico, seguridad y atención integral a los pacientes. Su contribución es esencial para el funcionamiento eficiente de la clínica y para garantizar que los pacientes reciban una atención dental de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para los TCAEs en la consulta externa de odontología es mantener una comunicación efectiva y empática con los pacientes. Muchos pacientes pueden sentir ansiedad o temor durante las visitas al dentista, por lo que es esencial crear un ambiente de apoyo y tranquilidad. Escuchar sus preocupaciones, responder a sus preguntas y brindarles apoyo emocional contribuirá significativamente a su comodidad y satisfacción.

Además, la colaboración efectiva con el equipo dental es crucial. Trabajar en conjunto con el odontólogo y otros profesionales de la salud dental garantiza un flujo de trabajo eficiente y una atención integral para los pacientes.

Por último, mantener altos estándares de higiene y esterilización es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. Seguir protocolos de control de infecciones rigurosos es responsabilidad de todos en la consulta.

En resumen, la recomendación principal es centrarse en la comunicación, la colaboración y la seguridad en la consulta externa de odontología, lo que beneficiará tanto a los pacientes como al equipo de atención dental.

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 217

RELACIÓN DE FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

LUCIA SANTOS ESCALONILLA

LUCÍA ELEZ MOLERO DE AVILA

TERESA SANCHEZ-DIEZMA

CLAUDIA REDONDO JIMÉNEZ

EUGENIA PARDO DE LA CUADRA

1 Introducción

La consulta de odontología pediátrica es un subsistema especializado en la atención dental diseñado específicamente para niños y adolescentes. Su enfoque principal es proporcionar atención bucal y dental adaptada a las necesidades únicas de esta población en crecimiento, desde bebés hasta jóvenes adultos.

El concepto de la consulta de odontología pediátrica se basa en varios principios fundamentales:

Atención centrada en el niño: La consulta se centra en la comodidad, el bienestar y la confianza del niño. Los profesionales de la odontología pediátrica están

capacitados para comunicarse de manera efectiva con los niños, explicar los procedimientos de manera amigable y crear un ambiente relajado y agradable.

Prevención y educación: Además de brindar atención curativa, la consulta de odontología pediátrica se enfoca en la prevención. Los dentistas y el personal educan a los niños y a sus padres sobre la importancia de una buena higiene oral, la dieta adecuada y la prevención de caries y enfermedades de las encías.

Tratamiento de afecciones específicas de la infancia: La consulta aborda problemas dentales comunes en niños, como caries de la infancia temprana, erupción dental, mordida incorrecta y hábitos orales perjudiciales como chuparse el pulgar.

Ambiente adaptado: Las consultas de odontología pediátrica a menudo cuentan con salas de espera y áreas de tratamiento diseñadas para atraer y mantener la atención de los niños, con colores brillantes, juguetes y materiales educativos.

Enfoque multidisciplinario: Los profesionales trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas en salud infantil, como pediatras, para garantizar una atención integral y coordinada.

La consulta de odontología pediátrica se dedica a la atención dental de niños y adolescentes, priorizando la prevención, la comodidad del paciente y la educación. Su enfoque se basa en comprender las necesidades específicas de los niños y crear una experiencia de atención dental positiva y efectiva durante la infancia y la adolescencia, lo que contribuye a una salud bucal a largo plazo.

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 (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la consulta de odontología pediátrica al proporcionar apoyo esencial tanto a los niños como al equipo dental. Sus funciones son cruciales para crear un ambiente seguro y cómodo para los jóvenes pacientes y garantizar el éxito de la atención. A continuación, se detallan sus principales responsabilidades:

Recepción y bienvenida: Los TCAE reciben a los niños y sus padres en la consulta de odontología pediátrica, creando un ambiente cálido y acogedor para aliviar cualquier ansiedad que puedan sentir. Esta primera impresión es esencial para establecer una relación de confianza.

Historial clínico: Registran y actualizan la información médica y dental de los pacientes, incluyendo antecedentes de salud, alergias y otros detalles relevantes. Mantener registros precisos es esencial para la planificación de la atención.

Asistencia durante los procedimientos: Ayudan al odontólogo pediátrico durante los procedimientos dentales, proporcionando instrumentos y materiales necesarios, y asegurándose de que el niño esté cómodo y tranquilo. Su presencia tranquilizadora puede ayudar a reducir el estrés en los pacientes jóvenes.

Educación en higiene oral: Ofrecen información sobre la importancia de la higiene oral adecuada a los niños y a sus padres. Esto incluye instrucciones sobre el cepillado y el uso del hilo dental, así como consejos sobre una dieta saludable para los dientes.

Preparación y esterilización de equipos: Los TCAE se encargan de preparar y esterilizar los instrumentos y equipos dentales, asegurando un ambiente limpio y seguro para los procedimientos.

Seguimiento postoperatorio: Brindan cuidados posteriores a los niños después de procedimientos como extracciones o restauraciones dentales, asegurándose de que sigan las indicaciones del odontólogo y de que se sientan cómodos.

Manejo de emergencias: Están preparados para actuar en situaciones de emergencia si un niño tiene una reacción adversa o experimenta malestar durante un procedimiento.

Colaboración con el equipo dental: Trabajan en estrecha colaboración con el odontólogo pediátrico y otros profesionales de la consulta para garantizar una atención integral y coherente.

Comunicación con los padres: Informan a los padres sobre el progreso y el tratamiento dental de sus hijos, proporcionando orientación sobre cuidados posteriores y seguimiento.

Apoyo emocional: Ofrecen apoyo emocional a los niños durante su visita, ayudándoles a sentirse seguros y cómodos en el entorno dental.

En la consulta de odontología pediátrica, los TCAE juegan un papel esencial al proporcionar cuidados integrales, educación y apoyo tanto a los niños como a los profesionales dentales. Su enfoque en la comodidad y el bienestar de los jóvenes pacientes contribuye a una experiencia dental positiva y a la promoción de la salud bucal a lo largo de la infancia y la adolescencia.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación crucial para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta de odontología pediátrica es desarrollar habilidades de comunicación especialmente efectivas con los niños y sus padres. La empatía, la paciencia y la capacidad de explicar los procedimientos en un lenguaje amigable son fundamentales. Los niños pueden sentir ansiedad durante las visitas al dentista, y nuestra habilidad para calmar sus temores es esencial para brindar una experiencia positiva.

Además, mantener un ambiente atractivo y cómodo en la clínica pediátrica, con colores vivos y áreas de juego, puede ayudar a los niños a sentirse más relajados.

La educación en higiene oral es crucial; debemos enfatizar la importancia de cepillarse y cuidar los dientes desde una edad temprana.

Finalmente, trabajar en equipo con el odontólogo pediátrico y otros profesionales es esencial para garantizar la atención integral de los niños. En conjunto, estas prácticas pueden marcar la diferencia en la atención y la percepción positiva de los niños sobre la visita al dentista.

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 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS DISTINTOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

PAMELA MARTÍNEZ CARPENA

RAQUEL MARÍN PEÑA

ANGELES SANCHEZ MESEGUER

ANA CELIA MENDOZA ARCAS

CELIA LISON MARTINEZ

1 Introducción

El aislamiento es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplican a pacientes que pueden padecer una enfermedad infecciosa o pacientes inmunodeprimidos. La finalidad consiste en separar la fuente de infección para evitar la difusión del agente causal, impidiendo su transmisión a la persona enferma o susceptible de enfermar.

A aquellos pacientes con enfermedades transmisibles diagnosticadas, o con sospecha de patología transmisible, se les aísla del resto de personas, siendo los sanitarios el único personal que puede estar en contacto con ellos para poder tratar el problema.

El principal objetivo es aislar el foco infeccioso, el aislamiento no es igual en todos los casos por lo que se debe conocer las técnicas y materiales necesarios dependiendo del objetivo que se desee conseguir.

La fase infecciosa es específica en cada enfermedad por lo que el aislamiento debe durar hasta que esta haya terminado. Todos los protocolos de aislamiento deben ser cumplidos por todos los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios cuando se vaya a tener contacto con el paciente.

Las normas y procedimientos a seguir en un aislamiento son medidas esenciales para prevenir toda clase de infecciones relacionadas con el proceso de atención a la salud, a través del cual se llevan a cabo una serie de procedimientos cuyo fin es interrumpir el contagio de una enfermedad infecciosa según el medio de transmisión.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento que ha de realizar el técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el aislamiento hospitalario.

Objetivo principal:

- Conocer los procedimientos y tipos de aislamiento que existen ante un riesgo de infección intrahospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Describir el papel a desempeñar por el personal sanitario y, específicamente, por el TCAE en un contexto de aislamiento.
- Analizar los requisitos y medidas complementarias que deben aplicarse en caso de aislamiento.

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

Existen varios tipos de aislamiento:

- Aislamiento inverso, está enfocado a proteger a los pacientes inmunodeprimidos que son aquellos que sufren una deficiencia en su sistema inmunitario. Estos pacientes son grandes quemados, pacientes oncológicos, y pacientes trasplantados.
- Aislamiento entérico, este aislamiento se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y/o por objetos contaminados como gastroenteritis, cólera, meningitis, hepatitis A etc.
- Aislamiento estricto, se utiliza para prevenir infecciones muy contagiosas y que pueden transmitirse por contacto directo o aéreo. Varicela, Herpes Zóster, Difteria, Peste.
- Aislamiento de contacto, es aquel en el que la enfermedad infecciosa se transmite por contacto directo, bien con heridas o lesiones cutáneas o bien por secreciones nasales, úlceras, heridas abiertas, varicela, herpes zóster, salmonela.
- Aislamiento respiratorio se aplica a pacientes que tengan una enfermedad infecciosa y que esta se puede transmitir a través del aire y en distancias cortas. Sarampión, varicela, rubeola, neumonía neumocócica.
- Aislamiento parenteral es aquel que está destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmitidas por la sangre, por líquido orgánicos u objetos contaminados con los mismos. VIH, Hepatitis B, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, sífilis, paludismo.

La habitación en la cual se encuentra el paciente aislado debe de tener todo lo necesario para el paciente, tanto ropa de cama, como de aseo, como de material de curas, ya que todo lo que está dentro no puede salir para evitar el contagio con el resto de personas.

La puerta de la habitación siempre tiene que tener un indicativo el cual nos informe de qué tipo de aislamiento tiene el paciente bien sea de contacto, aéreo o inverso. Los familiares también tienen que recibir información de los protocolos a seguir con el paciente.

El TCAE contribuye a erradicar y minimizar que se propague la infección y a cumplir objetivos.

Aparte de la utilización de todas estas medidas de aislamiento previamente mencionadas, hay que tener en cuenta otros requisitos adoptados que también son necesarios para el buen funcionamiento de las unidades de aislamiento.

Una vez que el paciente es dado de alta hay que limpiar y desinfectar muy bien

la habitación para así evitar la aparición de nuevos casos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel importante en el procedimiento a seguir en un aislamiento.

Es importante: que el Paciente siga y cumpla las pautas para que su aislamiento sea eficaz; que se tenga empatía con el paciente aislado, se comprenda su situación y que se haga su estancia hospitalaria lo más cómoda y confortable posible.

Debido a las diferentes y variadas enfermedades infecciosas, se deben cumplir unas pautas que marca el centro hospitalario, y tanto enfermos, personal sanitario y visitantes tienen la obligación y el deber de acatar dichas normas.

En este sentido, con un buen aislamiento intrahospitalario, se garantiza que un microorganismo no se transmita de un paciente a otro y, además, también se consigue que no haya una transmisión a los profesionales de la salud. Por ello, tanto profesionales como pacientes deben cumplir unas normas de higiene establecidas de forma protocolaria para así evitar contagios múltiples.

En todos los hospitales debe haber unas buenas medidas de aislamiento para poder evitar muchas enfermedades e infecciones. Por eso, es necesario saber utilizar todos los recursos necesarios que tenemos al alcance de la mano para protegernos, así como tener en cuenta que un buen aislamiento aparte de beneficiarse muchas personas gracias al mismo- al primero que protege es al mismo paciente.

6 Bibliografía

- Fe Marqués, A., & Membrillo de Novales, F. J. (2015). Unidad de aislamiento hospitalario de alto nivel: necesidad y características. *Sanidad Militar*, 71(2), 74-76.
- García, E., & César, V. (2002). Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. *Rev Enferm IMSS*, 10(1), 27-30.
 - Garner, J. S., & Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1996). Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 17(1), 54-80.
 - Kisacky, J. S. (2005). Restructuring Isolation: Hospital Architecture, Medicine, and Disease Prevention. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(1), 1-49.

- Ortiz-López, G., Miranda-Tinoco, R., & Lara-Martínez, M. G. (2014). Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 25-30.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínicoepidemiológica (ProtocoloMMR). Madrid, 201

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA POR SONDA VESICAL

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

1 Introducción

Con una incidencia estimada del 40% de las relacionadas con la atención médica y emergiendo como un importante problema de salud pública, las infecciones del tracto urinario son una de las principales causas de infección en pacientes hospitalizados. Como resultado, se prolongan las estancias hospitalarias, se producen discapacidades y aumentan los costos sanitarios y los riesgos de mortalidad. Hay muchos pacientes que necesitan utilizar una sonda vesical mientras están en el hospital y es un factor de riesgo importante de infección. Las infecciones

generalmente son provocadas por gérmenes del área perineal que se propagan a la uretra y la vejiga, pero también pueden ser causadas por fuentes exógenas, que pueden transmitirse al manipular el sistema con manos sucias o al desconectar o romper la bolsa.

Un ejemplo de técnica invasiva es el catéter vesical, que consiste en insertar una sonda en la vejiga a través de la uretra. Su objetivo es facilitar al paciente la evacuación de la orina. Dependiendo de la patología del paciente, estas sondas pueden ser intermitentes o permanentes.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería preparan todos los materiales y apoyan a las enfermeras durante las técnicas de colocación del catéter vesical. Se deben seguir los procedimientos de esterilización al utilizar esta técnica.

2 Objetivos

Analizar los consejos y métodos para prevenir las infecciones del tracto urinario relacionadas con los catéteres urinarios y la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión exhaustiva de las publicaciones científicas. Estas bases de datos incluyen Science, Medline y PubMed. Los términos de búsqueda en los buscadores de internet incluyen palabras clave: "infección urinaria", "infecciones asociadas al catéter", "factores de riesgo" y "prevención".

4 Resultados

Los pacientes con sondas vesicales tienen un riesgo muy alto de desarrollar infecciones del tracto urinario. Se estima que el 9,8 por ciento de los pacientes hospitalizados han utilizado sonda vesical, y su riesgo se evalúa en los principales momentos de manejo:

- Inmediatamente después de insertar la sonda.
- Mantenimiento.
- Se retira el catéter de la vejiga.

Los siguientes son los principales factores de riesgo de infecciones del tracto urinario provocadas por el uso de una sonda vesical.

- Los ancianos.

- Sexo.
- Tener diabetes y niveles de azúcar en sangre superiores a 110 mg/dl.
- La falta de condiciones higiénicas y de limpieza de la zona genital.
- Que la sonda permanezca colocada por más de cuatro días; como resultado, cuanto antes se extraiga y menos cateterismos se requieran, menor será el riesgo.
- No utilizar técnicas asépticas para su inserción, mantenimiento y extracción.
- La falta de conocimiento y capacitación del profesional de la salud, quien necesita estar preparado por expertos capacitados en la inserción de catéteres urinarios y el uso de técnicas asépticas.

Las siguientes serán las principales sugerencias como medidas preventivas para las infecciones del tracto urinario relacionadas con la vejiga:

- Debe confirmar la identidad del paciente.
- Explicar el proceso a la paciente manteniendo su privacidad.
- Usar agua y jabón para lavarse las manos antes y después de cada acción.
- Limpiar y lavar la región genital desde la uretra hasta el ano, seguido de secado.
- Precauciones de seguridad habituales al insertarlo, mantenerlo y retirarlo.
- Usar suministros estériles.
- Adoptar los procedimientos asépticos adecuados.
- Después de colocar la sonda, asegúrela para evitar tracción y movimiento.
- Siempre que sea posible, meta la bolsa debajo de la vejiga.
- Vaciar la bolsa con frecuencia para evitar el reflujo.
- Hacer uso y mantener en buen estado el sistema de drenaje cerrado para mantener conectados la sonda, el tubo y la bolsa.
- Verificar que nada esté bloqueando el sistema.
- Beber mucha agua.
- Estar atento a cualquier síntoma relacionado con la infección y a las características de la orina.
- Explicar y enseñar a la familia del paciente cómo utilizar las medidas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Será crucial poder identificar los factores de riesgo para realizar una prevención adecuada y así reducir la prevalencia de infecciones relacionadas con el uso de sonda vesical, que son una de las principales causas de infecciones del tracto urinario en pacientes hospitalizados.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe fijarse un objetivo claro, que es disminuir los índices de infección del tracto urinario asociado al catéter

vesical para brindar bienestar, aunque diversos estudios demuestran que en los últimos años su incidencia ha disminuido, aunque de manera muy sutil del paciente y un mayor nivel de atención, así como menos complicaciones gracias a intervenciones adecuadas y exitosas.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 220

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE SANGRE Y ORINA

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

1 Introducción

Se extrae una pequeña cantidad de líquido de una persona para crear una muestra de sangre u orina. La muestra recolectada se lleva a un laboratorio para un examen adicional. Las patologías se encontrarán o no según los valores arrojados por el análisis.

Para evitar la contaminación, se debe tener especial cuidado al recolectar muestras del medio. Para evitar la contaminación de las muestras durante la manipulación, recientemente se han realizado preparativos.

Un análisis tiene tres etapas: la decisión de realizar el análisis y el proceso asociado, la ejecución del análisis y la fase de análisis.

Uno de los procedimientos más utilizados para ayudar a identificar posibles enfermedades es el análisis de sangre. La prueba es sencilla y proporciona muchos datos.

Es un procedimiento que normalmente lo realiza la enfermera, ocasionalmente con asistencia de TCAE. Debido a que se debe insertar una aguja para obtener la muestra, esta prueba puede resultar incómoda. Si una persona tiene hematófobia, también puede provocarle ansiedad o incluso desmayarse.

El primer paso para recoger la muestra y evitar errores es identificar al paciente. Lo mejor es tener el material preparado con antelación. Luego, coloca el torniquete, elige el lugar de punción y limpia la zona con un hisopo con alcohol. La muestra se recoge en tubos que han sido perforados y etiquetados con la información del paciente antes de enviarse al laboratorio.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el procedimiento de la recogida de muestras de sangre y orina.

3 Metodología

Para preparar este trabajo, se realizó una búsqueda en los principales artículos clave y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos clave, incluidas Pubmed, Scielo, Medline y Google. También en buscadores de internet con palabras clave, como es Google.

4 Resultados

TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE.

La obtención de muestras de sangre se incluye en una de las siguientes categorías:

- La sangre extraída de una vena se conoce como sangre venosa. En el proceso de extracción se utilizan jeringas de 10 ml, agujas de extracción adecuadas a cada circunstancia, tubos de vacío cilíndricos y tapas de goma. Estos tubos están clasificados por color. Estos códigos establecen que la cinta negra examina la velocidad de sedimentación globular, la cinta verde se usa para bioquímica e inmunología, el hemograma violeta se usa para pruebas de cruz roja y la cinta azul se usa

para analizar la coagulación. Hay un orden predeterminado para realizar múltiples extracciones a la vez: hemocultivos, pruebas cruzadas, azul y luego los tubos restantes.

- Sangre arterial: este tipo de sangre debe extraerse de una arteria, lo cual es un proceso más difícil y doloroso que extraer sangre de una vena. Se extrae con mayor frecuencia de las arterias radial o femoral utilizando jeringas desechables porque no se pueden utilizar tubos de vacío para el procedimiento.
- Sangre capilar se obtiene realizando una punción cutánea en la zona del cuerpo elegida. Dado que la sangre capilar no es cutánea ni arterial ni venosa, la sangre que emerge de ella se recoge directamente allí.

RECOGER MUESTRAS DE ORINA.

Una de las pruebas más comunes para la detección de posibles enfermedades, embarazos e infecciones es el análisis de orina junto con la extracción de sangre. El procedimiento es más fácil y menos doloroso que la extracción de la muestra de sangre. Si el paciente está cateterizado, también se puede extraer orina directamente de la sonda. Si el paciente no puede orinar en este momento y se debe realizar un cateterismo para obtener la muestra, el proceso será el más doloroso. La orina se introduce en un recipiente hermético, se llena y luego se transfiere a un tubo cónico con un tapón que es amarillo para el análisis estándar o verde para los urocultivos.

La recolección de orina de 24 horas es uno de los métodos adicionales. Este procedimiento consiste en recolectar la orina de un paciente desde una hora del día hasta la misma hora del día siguiente.

5 Discusión-Conclusión

Para enfatizar que la recolección de muestras de sangre y de orina es la prueba más típica para la detección de las posibles enfermedades, por eso es fundamental que el proceso de recogida y análisis se realice correctamente para evitar posibles fallas y contaminaciones.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe estar familiarizado con el procedimiento y con los protocolos a seguir, así como comprender los componentes, las herramientas y los modos de aplicación de cada paso, además de los procedimientos para la obtención de estas muestras, debido a su importancia y prevalencia, para evitar las contaminaciones de las muestras.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/procedimiento-recogida-muestras-biologicas-TCAE/>
- Pubmed

Capítulo 221

ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON EPISTAXIA POSTERIOR.

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

1 Introducción

La epistaxis o hemorragia nasal es una patología otorrinolaringológica con gran incidencia entre la población en general y que supone una gran demanda de atención en los servicios de urgencias de centros de salud y hospitales, aunque lo más frecuente es que estas hemorragias no sean peligrosas y remitan con una pequeña compresión o taponamiento en la fosa nasal. Sin embargo, hay otras mucho más peligrosas y que requieren de atención sanitaria inmediata son las que se producen en la parte posterior nasal y a través de la faringe.

Hablamos de hemorragia nasal y, por tanto, a través de la nariz. La nariz es uno de los órganos de los sentidos, a través del que captamos los olores, de ahí que en ocasiones lo encontremos como el órgano del olfato ubicado en el centro de la cara. Esta está formada por: el meato externo, dos orificios nasales, el tabique nasal, fosas nasales y los senos paranasales (que a su vez se dividen en seno etmoidal, seno maxilar, seno frontal y seno esfenoidal) e irrigada fundamentalmente por la arteria carótida externa y sus ramificaciones (arteria esfenopalatina, arteria palatina mayor, arteria labial superior y arterias nasales laterales) y las ramas de las arterias etmoidales anterior y posterior procedentes de la ramificación de la arteria oftalmológica.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las pautas de actuación para proceder a remitir una epistaxis nasal posterior.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Pautas de actuación para proceder a remitir una epistaxis nasal posterior:

- Personal interviniente: Médico especialista en otorrinolaringología (otorrinolaringólogo), diplomado universitario en enfermería (DUE), técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) y celador.
- Recursos materiales: guantes de ambos tipos, mascarillas FPII o superiores, gasas, vías, antiséptico, solución salina, luz, rinoscopio, fonendoscopio, tensiómetro, apósitos, depresores, pinzas, batea, jeringa, agujas, vaselina, crema antibiótica, anestésico y sonda bibalonada.

Aunque aquí se va a desarrollar el proceso para la remisión con sonda bibalonada hay que dejar constancia que anteriormente hay que intentarlo hacerlo a través de las técnicas de remisión de epistaxis anterior.

Protocolo de actuación:

- Lavado de manos con posterior puesta de guantes.
- Colocar al paciente en la camilla donde se le va a poner la sonda bi
- Poner anestesia al paciente.
- Poner sonda bibalónada para ello se aplica vaselina sobre la sonda, a continuación, esta se debe introducirse siguiendo el suelo de la fosa y la dirección del tabique. Una vez introducida se llena lentamente con suero fisiológico el balón posterior. Se tracciona la sonda hasta que llegue a la coana. Se introduce el balón anterior y rellena igualmente con suero fisiológico. Se verifica que el sangrado ha remitido, evita la presión que pueda producir la sonda sobre las fosas nasales a través de la colocación de gasa en los bordes.
- Se traslada a la camilla al paciente para trasladarlo al área de hospitalización correspondiente donde deberá permanecer mínimo 72 horas y estar en continua vigilancia por el equipo de enfermería que deberá notificar al otorrino cualquier incidencia que ocurra de manera inmediata.
- Recoger todo el material utilizado (desechar o desinfectar), desechar guantes e iniciar el correspondiente lavado de manos con agua y jabón neutro.
- Registro de la actuación con el paciente tanto en la historia de enfermería como en la historia médica.

5 Discusión-Conclusión

Ante un paciente con hemorragia nasal máxima, que tras la aplicación de diferentes técnicas para remitirla, como pueden ser compresiones o taponamientos, es necesario llegar a la aplicación de la sonda bibalónada. Se ha de estar expectante a cualquier modificación que se produzca en el proceso, para brindar cualquier tipo de ayuda solicitada y conocer a la perfección el protocolo de actuación.

Capítulo 222

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LAS CONSULTAS DE GINECOLOGÍA

LOURDES REDONDO SANTAMARÍA

MARIA JOSEFA JAEN GARCIA

MARIA CORTES CARREÑO LOSA

MARÍA JOSÉ ALFARO SÁNCHEZ

LORENA GONZÁLEZ TERCERO

1 Introducción

La ginecología, que en medicina se refiere o define a la especialidad médica y quirúrgica que estudia el aparato reproductor femenino (útero, vagina y ovarios), significa literalmente "ciencia de la mujer". Junto a lo mencionado anteriormente, la obstetricia se ha convertido en un campo tan especializado en la medicina moderna que casi todos los ginecólogos también son obstetras. Obstetricia y ginecología conforman nuestro bloque de obstetricia, en el que se incluye nuestro departamento de ginecología.

La eficiencia y consolidación de un estilo de trabajo están representadas por los protocolos y procedimientos del técnico auxiliar de enfermería. La prestación de

una asistencia sanitaria de primer nivel es su objetivo final. Ayudar al médico en cualquiera de sus funciones es una responsabilidad crucial de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

El equipo de especialistas de la sala de ginecología consta de ginecólogos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermeras, y todo el grupo trabaja en conjunto para garantizar que la atención al paciente logre la calidad de atención adecuada.

El departamento de ginecología tiene dos entradas. Una es que el paciente acude a urgencias, donde el ginecólogo de guardia decide si ingresa o no al paciente en función de su condición médica. Un ingreso planificado, una derivación de un especialista o una derivación realizada en el momento del ingreso por el médico de atención primaria del paciente son opciones adicionales.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los apartados del protocolo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las consultas del servicio de ginecología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para facilitar los procesos de actuación en cada caso, dividiremos las funciones del técnico en cuidados de enfermería (TCAE) en tres apartados generales durante la consulta.

Dentro de la consulta

- Control y validación del listado de pacientes.
- Recopilar información para documentación y confirmar que se corresponde con lo dicho por el paciente.
- En la medida de lo posible, poner en conocimiento del paciente, así como de sus familiares u otras empresas, cualquier información pertinente.

- Explicar al paciente sus obligaciones y derechos.
- Comunicar la información; Serviremos como enlace entre el paciente y los administradores médicos.
- Facilitar la asistencia de las personas a la consulta del paciente.
- Coordinación con el resto del personal médico.
- Mantener el orden en las salas de espera adjuntas a la consulta.
- Verificar la identidad del paciente y confirmar que la cita realmente fue programada para él.
- La recopilación y elaboración de diversos documentos históricos.
- Completar los datos de registro y consulta del paciente en la historia del paciente.
- La formalización de citas y, en su caso, coordinación con otros servicios.

Respecto al paciente:

- Cómo se recibe al paciente durante la consulta.
- El paciente debe estar preparado para la prueba acudiendo al baño antes de su realización.
- Reúna la información e ingrésela en el programa de computadora.
- Darle al médico cualquier información relevante que ya haya recibido del paciente.
- Asistir al paciente y al médico.
- Trabajo en equipo en los cuidados de enfermería.
- Desarrollar una relación con el paciente para fomentar la confianza.
- Involucrarse en la comunicación familia/equipo médico para que sea más fácil.
- Como parte de su trabajo como técnico auxiliar de enfermería, responder a emergencias.
- Ayudar al paciente a comprender los resultados de las pruebas diagnósticas.

Mantenimiento de la unidad:

- Limpieza y reposición de los carros de los sacerdotes.
- El material en almacén está bajo control y se repone.
- Mantenimiento diario del espacio de trabajo.
- Gestión de ropa blanca.
- Informar de posibles incidencias en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

Para que la consulta se desarrolle sin problemas, es fundamental tener claras las habilidades, deberes y protocolos que debe seguir el técnico auxiliar de cuidados

de enfermería (TCAE). Recopilamos las acciones que debe realizar un técnico auxiliar de cuidados de enfermería mediante el uso de este manual.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería sigue haciendo cumplir las normas de la habitación, especialmente las relativas a visitas y acompañantes y, lo que es más importante, abstenerse de permitir que los familiares se reúnan en la habitación del paciente mientras este se encuentra acostado en la cama semidesnudo durante una cita con el médico.

6 Bibliografía

- Scielo.sld.cu/scielo.
- <https://araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/07/Protocolo>.
- <https://www.astursalud.es>.

Capítulo 223

ACTUACIÓN GENERAL EN LA DEMENCIA EN PERSONAS MAYORES

MARIA JOSE ALVAREZ VEGAS

1 Introducción

La demencia en personas mayores es un desafío que ha adquirido una relevancia sin precedentes en la atención médica y social de todo el mundo. El envejecimiento de la población, junto con el aumento de la esperanza de vida, ha llevado a un incremento significativo en la prevalencia de la demencia, lo que plantea interrogantes apremiantes sobre cómo enfrentar y abordar esta compleja enfermedad.

La demencia es un término general que abarca una variedad de trastornos cognitivos que afectan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular son algunas de las formas más comunes de demencia, pero existen muchas otras variantes, cada una con sus características distintivas. Lo que todas estas formas de demencia tienen en común es su impacto en la calidad de vida de quienes las padecen y en la de sus seres queridos.

El envejecimiento es el principal factor de riesgo para desarrollar demencia, y a medida que la población mundial envejece, se espera que la prevalencia de esta enfermedad continúe aumentando. Aunque la demencia no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, el riesgo de desarrollarla se incrementa significativamente con la edad.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo destacar la importancia de abordar la demencia en personas mayores mediante enfoques holísticos y multidisciplinarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de nuestro análisis revelan que la actuación general en la demencia en personas mayores desempeña un papel esencial en la mejora de la calidad de vida de los afectados y en la gestión de esta enfermedad compleja. A continuación, destacaremos los hallazgos más significativos que emergieron de nuestra investigación.

- Estimulación Cognitiva: Una de las estrategias más efectivas para abordar la demencia en personas mayores es la estimulación cognitiva. Los programas diseñados para mantener activas las capacidades cognitivas, como la memoria, la atención y el razonamiento, han demostrado resultados prometedores. Estos programas incluyen ejercicios de memoria, juegos mentales, terapia ocupacional y actividades que fomentan el pensamiento crítico. Los participantes que se involucraron en estas actividades experimentaron mejoras en sus habilidades cognitivas y una mayor sensación de satisfacción personal.
- Apoyo Emocional: La demencia no solo afecta las capacidades cognitivas, sino también las emociones y el bienestar psicológico de quienes la padecen. Nuestros resultados resaltan la importancia del apoyo emocional en la atención de personas mayores con demencia. La presencia constante de familiares y cuidadores que brindan cariño y comprensión es fundamental para reducir el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad. Además, las intervenciones psicológicas, como la terapia de reminiscencia y la musicoterapia, pueden ayudar a mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de depresión.

- **Detección Temprana:** La detección temprana de la demencia es un factor crucial para un manejo efectivo de la enfermedad. Nuestros resultados subrayan la importancia de la educación y la concienciación sobre los signos iniciales de la demencia, tanto para los profesionales de la salud como para el público en general. La identificación temprana permite un diagnóstico oportuno y la implementación de intervenciones que pueden retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.
- **Manejo de Síntomas:** La demencia se asocia con una serie de síntomas desafiantes, como la agitación, la agresión y la agnosia, que pueden ser difíciles de manejar. Nuestros hallazgos destacan la importancia de estrategias de manejo de síntomas que se adapten a las necesidades individuales de cada paciente. Esto puede incluir la prescripción de medicamentos en casos específicos, pero también la implementación de terapias no farmacológicas, como la terapia de validación, que se centra en la validación de las emociones y experiencias del paciente.
- **Adaptación del Entorno:** La seguridad y el bienestar de las personas mayores con demencia están estrechamente relacionados con su entorno físico y social. Nuestra investigación subraya la necesidad de adaptar el entorno para minimizar los riesgos y maximizar la independencia de los pacientes. Esto implica la eliminación de obstáculos, la instalación de dispositivos de seguridad y la creación de un ambiente que fomente la autonomía.
- **Colaboración Interdisciplinaria:** Un tema recurrente en nuestros resultados es la importancia de la colaboración interdisciplinaria en la atención de personas mayores con demencia. Los profesionales de la salud, incluidos médicos, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, deben trabajar en conjunto para abordar las diversas dimensiones de la enfermedad. La comunicación efectiva y la coordinación son esenciales para brindar un cuidado integral y centrado en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, nuestros resultados demuestran que la actuación general en la demencia en personas mayores es esencial para mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan esta enfermedad. Estrategias como la estimulación cognitiva, el apoyo emocional, la detección temprana, el manejo de síntomas y la adaptación del entorno son fundamentales en este proceso. Además, la colaboración interdisciplinaria es esencial para garantizar un cuidado completo y centrado en el

paciente. La demencia es un desafío complejo, pero con enfoque y dedicación, podemos brindar un apoyo efectivo a quienes la padecen y a sus seres queridos. La actuación integral beneficia a quienes enfrentan la demencia en la vejez, mejorando su calidad de vida y apoyando a sus seres queridos. El enfoque holístico es esencial en la lucha contra esta enfermedad creciente.

6 Bibliografía

1. "Auxiliar de Enfermería: establecimientos residenciales de ancianos de Asturias" Editorial CEP.

Dolor y demencia avanzada: revisión bibliográfica- Scielo España.

Capítulo 224

PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS TCAE.

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

Los TCAE son profesionales de la salud que brindan cuidados auxiliares y asistencia directa a los pacientes en hospitales, clínicas y centros de atención médica. Su trabajo incluye una variedad de tareas críticas para el bienestar de los pacientes, desde la administración de medicamentos hasta la movilización de pacientes y la asistencia en actividades diarias. La seguridad en el trabajo de los TCAE es esencial no solo para su propia protección, sino también para garantizar una atención de calidad y la seguridad del paciente.

Este trabajo científico se enfoca en analizar en profundidad los protocolos de seguridad que los TCAE deben seguir en su trabajo en entornos hospitalarios y de atención médica. Los TCAE desempeñan un papel crítico en la atención al paciente y su seguridad es esencial para la calidad de la atención brindada. Se examinan los protocolos de seguridad existentes, su importancia en la prevención de incidentes y el impacto en la satisfacción del paciente.

La seguridad del paciente está intrínsecamente ligada a su satisfacción. Cuando los TCAE siguen los protocolos de seguridad, se reducen los riesgos de complicaciones y se promueve la sensación de seguridad del paciente. Esto, a su vez, tiene un impacto positivo en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es dar a conocer los protocolos de seguridad que existen en los trabajos del 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen varios protocolos que se tienen que implementar en los hospitales y que es necesario que los profesionales cumplan para garantizar la seguridad de los pacientes y trabajadores.

Los protocolos más destacados son:

1. Higiene y Control de Infecciones: Los TCAE deben seguir estrictos protocolos de higiene, incluida la higiene de manos, el uso adecuado de guantes y la desinfección de equipos. Esto es fundamental para prevenir la propagación de infecciones nosocomiales.
2. Movilización Segura de Pacientes: Los protocolos de seguridad al movilizar pacientes incluyen técnicas adecuadas de levantamiento y transferencia para prevenir lesiones tanto para los pacientes como para los TCAE.
3. Administración de Medicamentos: Los TCAE deben seguir protocolos precisos al administrar medicamentos, incluida la verificación de la identidad del paciente, la dosis correcta y la vía de administración. Esto ayuda a evitar errores en la medicación.
4. Prevención de Caídas: Los protocolos para prevenir caídas en pacientes incluyen la identificación de factores de riesgo, la utilización de dispositivos de asistencia y la promoción de la seguridad en la movilización.
5. Control de Signos Vitales: Los TCAE deben seguir protocolos específicos para medir y registrar los signos vitales de los pacientes, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, lo que es crucial para la detección temprana de cambios en la condición del paciente.

Es importante el cumplimiento de los protocolos de seguridad por varias razones:

- Protección del paciente: Ayudan a prevenir errores y accidentes que puedan poner en riesgo a la seguridad del paciente.
- Protección del personal: Contribuyen a la seguridad y bienestar de los TCAE al reducir el riesgo de lesiones en el trabajo.
- Calidad de la atención: La aplicación de protocolos de seguridad garantiza una atención de calidad y promueve la confianza del paciente en el sistema de salud.
- Reducción de costos: La prevención de incidentes y errores reduce los costos asociados con la atención médica y las compensaciones por lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de seguridad en el trabajo de los TCAE son fundamentales para garantizar una atención de calidad y un entorno seguro para el paciente. Su aplicación rigurosa no solo protege a los pacientes y al personal, sino que también mejora la satisfacción del paciente y reduce los costos relacionados con incidentes médicos. La formación continua y la revisión constante de los protocolos son esenciales para mantener altos estándares de seguridad en la atención médica.

Los protocolos son estándares para todas las instituciones sociales, pero de forma individual, cada institución puede llegar a implementar sus propios protocolos y condiciones en el servicio.

Capítulo 225

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL

ROCIO MORENO CHINCHILLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

1 Introducción

La nutrición enteral es un tipo de alimentación artificial que puede aplicarse tanto en bebés como en la población anciana. Es más usual en este último grupo, ya que suele presentar dificultades para tragar, comer por sí mismas debido a su deterioro en sus capacidades físicas y cognitivas. A veces también se da en pacientes con enfermedades neurológicas, demencia, tumores cerebrales, Alzheimer, algunos tipos de cáncer, a veces también son por situaciones transitorias debido a que permanecen en UCI, trastornos alimentarios, bebés de la UCI pediátrica,, debido a que ya no se pueden ingerir alimentos, es una capacidad reducida o simplemente se niegan a comer.

La alimentación enteral es un método de suministrar nutrientes y calorías a través de un tubo que se inserta en el estómago o en el intestino delgado, admin-

istrándose unos preparados específicos que se eligen según las necesidades nutricionales y metabólicas del paciente. Puede administrarse mediante una sonda nasogástrica, una sonda nasoyeyunal, una gastrostomía o una yeyunostomía.

El TCAE será el encargado de proporcionarle esta nutrición para ayudarlo a recuperarse, ofreciéndole los cuidados que necesite, colocando los dispositivos cuando así lo exponga el personal de enfermería. Para ello, el TCAE deberá tener una formación antes de aplicar este tipo de alimentación, sabiendo los distintos tipos de alimentación artificial que existen, la fórmula que se va a colocar y el método para administrarlo, siempre comprobando que lo que se ha a hacer es lo pautado por el facultativo y el nutricionista, y que las vías de secreciones estén despejadas.

2 Objetivos

- Definir la función del TCAE a la hora de tratar a los pacientes que deben de alimentarse con nutrición enteral, resaltando la importancia de la adecuada formación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe referente a la labor que realiza el TCAE en pacientes con alimentación enteral, 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

La alimentación enteral puede ser completa o parcial, dependiendo de la cantidad de calorías y nutrientes que se necesiten, también será necesario que se establezca la cantidad a tomar y el número de tomas al día según necesite el enfermo. Los tipos de fórmulas son muy variados, según más o menos calóricos, para pacientes con diabetes, con mas fibra para pacientes estreñidos, o sin fibra, para aquellos que padecen insuficiencia renal, etc, lo importante es que se cubran las necesidades nutricionales del paciente, y se encuentren bien alimentados, hidratados y

con energía para el desarrollo de las funciones vitales. También permite que el organismo se mantenga fuerte ante infecciones

El papel del TCAE es muy importante, ante este tipo de pacientes, ya que debe conocer los distintos dietas que existen y comprobar que la alimentación que se va a suministrar es la correcta y pautada. Además deberá de preparar el material necesario como: la solución enteral, toallitas, jeringa, agua, una batea, toallas o un empapados, y gasas.

El TCAE, tendrá en cuenta las siguientes consideraciones:

1/ Antes de la administración:

- Comentarle al paciente lo que se le va a hacer, lavándose las manos y colocándose guantes desechables.
- Realizar limpieza bucal y nasal y colocarle en posición semifowler. Con una toalla en el pecho o empapador.

2/ Durante la alimentación:

- Comprobar que la sonda está bien colocada antes de proceder al vaciado de la jeringa.
- Ver que el alimento esté templado, ni muy caliente ni muy frío.
- Aspirar cuidadosamente el contenido gástrico antes de las tomas. Lavar la sonda con 50 ml de agua.
- La entrada del alimento debe ser lenta, sabiendo que la sonda debe elevarse unos 20 grados por encima del paciente.
- Terminada la alimentación se administrará 50 ml de agua para evitar que la sonda se bloquee.

3/ Después de la administración enteral:

- Dejar al paciente en semifowler de 30 a 60 minutos para que haga la digestión.
- Comprobar que no se le seca la boca, humedecer los labios con gasas húmedas.
- Retirar todos los materiales y guardar lo que ha sobrado como máximo veinticuatro horas en el frigorífico
- Retirar los residuos generados y desecharlos en los recipientes correspondientes para su almacenaje.
- Comunicar cualquier incidencia a Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral consiste en la administración de nutrientes directamente en el interior del tracto gastrointestinal a través de un tubo, una sonda cuando el paciente es incapaz de hacerlo por vía oral debido a distintas patologías como: población anciana, Alzheimer, algunos tipos de cáncer, personas ingresadas en UCI, trastornos alimentarios, etc. De esta manera se consigue la supervivencia de la persona, su hidratación, su nutrición adecuada y pautada según las características que presenten los pacientes.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería debe ser resolutivo y tener paciencia para ser capaz de realizar este procedimiento, ya que debe hacerse de forma lenta, sabiendo que la fórmula que se inyecta es la correcta. Debe de colocar al paciente en semiflower para que no haya complicaciones, colocándole un empapador para no manchar al paciente, observando que no existen obstrucciones de la sonda, etc., en definitiva, cuidar al paciente para que pueda alimentarse y obtener los nutrientes necesarios.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : auxiliar de enfermería, TCAE, alimentación y nutrición enteral.
2. Formacion Logoss.
3. Tecnicos en Cuidados de Enfermeria. Editorial Mad.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0212-16112006000500009
5. www.chospab.es/Enfermería/protocolos/originales/nutricion_enteral.pdf

Capítulo 226

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y LOS PRIMEROS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

ROCIO MORENO CHINCHILLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

1 Introducción

Cuando una embarazada está en el proceso del alumbramiento, se encontrará en una zona llamada paritorio, en el cual se llevarán a cabo unas técnicas por parte del personal sanitario para que el proceso salga de forma favorable tanto para la madre como para el recién nacido. En Neonatología, se cuidará del bebé desde el momento del parto y se ofrecerá atención a la madre, ofreciendo los primeros cuidados al bebé, vigilando su estado de salud y realizándole el Test

de Apgar en los primeros cinco minutos para comprobar el estado global en el que se encuentra: los reflejos, capacidad para respirar, los músculos, la frecuencia cardíaca, etc.

Puede darse el caso de que el bebé presente complicaciones, por lo que no pasará a la habitación de la madre y se quedará ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde se le cuidará y se le vigilará de manera más exhaustiva y de cerca mientras que se vaya recuperando, los motivos de ingreso suelen ser: por ser prematuros, presentar hiperbilirrubinemia, bajo peso, hipoglucemias, etc.

El TCAE en esta unidad estará muy pendiente de la salud de la madre y también del bebé, lo cuales requieren de unos cuidados especiales. Facilitará el contacto de la madre con su hijo, ayudando si fuera primeriza con la lactancia materna, si así lo desea la madre, informando de cómo posicionar al bebé en la alimentación. También orientará sobre cómo ayudar a que expulse los gases, cómo cambiar un pañal, en cómo realizarle los primeros baños, además de ayudar a la madre en los primeros días en el aseo diario si está dolorida, cambiarle las sábanas, tomando las constantes vitales, etc.

2 Objetivos

- Describir el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los cuidados especiales a la madre tras el parto y al recién nacido en la unidad de Neonatología.

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 que realizará en TCAE a la madre y al bebé en el servicio de Neonatología, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE antes de tocar al bebé siempre se lavará las manos y se pondrá guantes, debiéndose de quitar los relojes para no arañar el bebé, recogiendo el pelo y colocándose una mascarilla si tuviera alguna enfermedad contagiosa o infección. El TCAE desarrollará las siguientes funciones:

1/ Antes del parto:

- Preparará todo el material que se va a necesitar: como las pinzas para cortar el cordón umbilical, tijeras curvas, gasas estériles, sacar de la nevera la vacuna de la hepatitis B y la vitamina K, colirios, etc.
- Preparar la incubadora si fuera necesario, o la cuna, así como el material de reanimación.

2/ Durante el parto: ayudará a colocarse a la embarazada en la camilla de partos para realizarle el lavado perianal y el rasurado si así lo expone la matrona, preparando otra cama que para cuando regrese a la habitación tras el alumbramiento. Ofrecerá un gorro, calzas y mascarilla a su acompañante. Ayudará al personal anestesista, a la matrona, al equipo de enfermería en lo que necesiten.

3/ Una vez que ha nacido el bebé, se le pondrá una pulsera para identificarlo, y se le realizará las primeras pruebas, valoraciones y analíticas si fuera necesario. El TCAE deberá de limpiar el material e instrumental utilizado, recogiendo toda la lencería utilizada.

4/ Si se decidiese que debe de nacer por cesárea, el TCAE rasurará la zona de incisión, colaborará en la colocación de una sonda vesical, y si tuviera esmalte de uñas lo quitará.

5/ Tras el parto, la madre y el bebé regresan a la unidad de neonatos, donde el TCAE estará pendiente en todo momento de realizarse los cuidados básicos, de atender dudas de la madre, de ofrecer el mayor confort y tranquilidad, ayudando a la madre si decide optar por la lactancia materna, animándola a que beba agua, o llevándole leche de fórmula si optará por la alimentación artificial.

6/ El TCAE informará a la madre que el aseo al neonato, se realizará dos o tres veces a la semana, con agua templada y jabón neutro sin perfume, lavando la cabeza suavemente, los ojos con una gasa mojada en suero fisiológico y las orejas con un hisopo de algodón. Se hará hincapié en las uñas, ya que suelen hacerse arañazos si no están bien cortadas.

7/ Se incidirá en la higiene del pañal, realizando el aseo con agua tibia o toallitas, echando siempre crema hidratante para las rozaduras.

8/ El TCAE ofrecerá lencería para el bebé, la cual deberá ser cómoda de poner y quitar para facilitar el cambio del pañal, y también un camisón para la madre.

9/ Ayudará en el aseo diario a la madre, ya que se encontrará dolorida.

5 Discusión-Conclusión

La madre y el recién nacido, necesitarán de unos cuidados más específicos y especiales que otro tipo de pacientes. El TCAE se encargará de las funciones que le son inherentes antes del parto, durante el mismo, y una vez que finalice, siempre tendientes a ofrecerles confort, comodidad y apoyo, así como a ayudar al personal sanitario como anestesistas, enfermería, matronas, en todas las tareas necesarias.

Los cuidados del TCAE al neonato serán las de la higiene y aseo, tomar constantes vitales, ocuparse del cambio de ropa, de pañal, observar como se encuentra su piel y que no se producen irritaciones o erupciones cutáneas, etc. Con la madre, entre otras cosas, se ocuparán de su aseo personal mientras que no pueda ella misma, de informarle como colocar al bebé a la hora de la lactancia materna o artificial, haciendo la cama y estirando las sábanas para que esté cómoda, etc.

Es importante el conocimiento por parte del TCAE de todas las funciones que desempeña en neonatología y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario y buscando el confort y cuidado de la madre y el recién nacido.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : TCAE, bebe recién nacido, higiene y aseo del neonato,
2. Formacion Logoss.
3. El Tecnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Editorial MAD
4. http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf.

Capítulo 227

TIPOS Y USOS DE LOS DRENAJES Y SU APLICACION POR PARTE DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.

ROCIO MORENO CHINCHILLA

HILDA ROSMERY PINTO MIRANDA

FRANCISCA BLAZQUEZ PLA

INMACULADA INIESTA SANCHEZ

MARÍA JOSEFA MORCILLO VALERA

1 Introducción

En el ámbito sanitario, los drenajes son elementos muy usados en las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, ya que permite una vía de escape al exterior de pus, bilis, orina, sangre o aire. Contienen un tubo que permite la evacuación de los mismos, recolectándolos en un recipiente para luego ser medido y registrado. Su función es agilizar la cicatrización, impedir que se originen y acumulen gases y líquidos en los tejidos u órganos, y evitar infecciones o dolor.

Su aplicación debe ser decidida y pautada por el médico, y su administración le corresponde al personal de Enfermería, aunque el Técnico en Cuidados Auxiliares den Enfermería, TCAE, puede ayudar en su cuidado o a la hora de cam-

biarlos. De ahí la necesidad de que conozca en profundidad los tipos que hay, así como el objetivo que se pretende conseguir con la colocación de cada uno de ellos, reconociendo el tipo de líquido que sale, así como su color, densidad, etc. Además, deberá de reconocer cuando ha perdido la permeabilidad y se producen derrames, así como la recogida de muestras que serán dadas al celador para que las lleve a laboratorio.

Los inconvenientes que suelen provocar son secundarios, dada la importancia y beneficio de ponerlos, pero hay que tenerlos también en cuenta: ya que permiten una vía de entrada para los patógenos, virus y microorganismos, suelen molestar a la hora de la movilidad del paciente, y a veces suele haber obstrucciones o derrames del material de desecho.

2 Objetivos

Describir la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares den Enfermería (TCAE) en los cuidados básicos al paciente que porta drenajes, así como los distintos tipos de drenajes existentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica que existe referente a las funciones y conocimientos del TCAE en los tipos de drenajes existentes, 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 drenajes hay de varios tipos dadas las circunstancias del paciente y de la sintomatología que presenta, se aplicarán unos u otros: según el objetivo que se pretende conseguir:

1/ Activos: necesitan de las presiones altas y bajas para drenar, como por ejemplo : drenaje penrose, axión, con gasas, abdominal en paracentesis, drenaje en cigarrillo, pleural simple, de Kher, Cistocath, de tejadillo, Robinson, o filiforme. A diferencia de los pasivos: que solo requieren de la fuerza de la gravedad para que

salgan el material de desecho, mediante la aspiración y recolectándolo en vacío, como por ejemplo: sistema de Redón, y los tubos torácicos.

2/ Abiertos: cuando el material se drena sobre la piel o una gasa, a diferencia de los cerrados, en los que se drenan en un recipiente estéril.

3/Para diagnosticar patologías, profiláctico para impedir que el material de desecho perjudique la cicatrización de la herida; o terapéutico.

- Profiláctico: evita que los fluidos perjudiquen la cicatrización en cirugías.

- Terapéutico: para eliminar colecciones que se han generado

4/ Según el elemento usado para su drenaje: hay muchos tipos como de Kher, axión, Penrose, de Redón, de Tejadillo, de Saratoga, de Jackson Pratt, Abramson, etc.

El TCAE, en el ejercicio de sus funciones actuará según el protocolo diseñado en cuanto al mantenimiento del drenaje:

- Antes de nada debe lavar las manos y ponerse guantes desechables.

- Ayuda a enfermería o al médico en la colocación del drenaje aportando los utensilios o materiales que vayan necesitando durante el proceso.

- Estar pendiente de cambiar los recipientes que recogen los desechos que salen del exterior y limpiarlos, para después proceder a desinfectarlos con productos específicos para ello.

- Proceder a la cura de la herida y su anclaje, cambiando el apósito y comprobando que funciona bien y no tiene obstrucciones.

- Comprobar que no el material que sale, no vuelva a reabsorberse por el organismo, ya que podría dar lugar a infecciones, teniendo en cuenta que el sistema de drenaje esté ubicado más arriba que la herida.

- Cuando llegue el momento de quitárselo al paciente, ayudar también a los compañeros supervisando al paciente si presenta molestia tras su retirada.

- Apuntar las cantidades que salen al exterior, así como el color o la cantidad, para apuntarlo en su ficha.

- Ayudarlo en el aseo diario, o cuando haga falta, así como a la hora de hacerle la cama y estirar las sábanas, teniendo cuidado de que no se producen movimientos bruscos que puedan desconectar los anclajes de los drenajes.

- Tendrá en cuenta que en el caso de que el paciente porte un drenaje simple, nunca se le quitará al paciente totalmente, sino que cada día debe de ir extrayendo un par de centímetros.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, los drenajes suponen un utensilio muy beneficioso a la hora de ponérselo al paciente para que puedan salir los líquidos del organismo, tras una accidente, o una cirugía. Pueden ser aire, como en el caso de los pacientes que tienen un neumotórax, o también sangre, orina o secreciones. Siempre estarán pautados por un médico aunque el TCAE prestará su colaboración en los materiales que necesite a la hora de colocarlo, y retirarlos, estando siempre pendiente del paciente, de las molestias que puede presentar, así como del propio drenaje, supervisando que no se producen derrames u obstrucciones.

Hay diferentes tipos, según el objetivo que se pretende con su utilización : Cistocath, penrose, Kher, axión, Robinson, filiforme, abiertos, cerrados, para el diagnóstico, profilácticos, de diagnóstico, etc. El TCAE deberá de conocerlos, saber como funcionan y los beneficios que aporta al paciente su colocación.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google: Técnico en Cuidados Auxiliares den Enfermería, TCAE, drenajes, tipos de drenajes.
2. Técnicos en Cuidados de Enfermería. Editorial Mad.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-los-drenajes-tipos-indicaciones-complicaciones/>
4. <https://revistamedica.com/cuidados-tcae-drenajes/>

Capítulo 228

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EXTRACCIÓN DRENAJE QUIRÚRGICO ASPIRATIVO CERRADO CON DEPÓSITO DE BULBO-GRANADA

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

1 Introducción

Los distintos tipos de drenajes existentes (aunque pueden tener distintivas funcionalidades en el mundo sanitario) se utilizan fundamentalmente tras las operaciones quirúrgicas para retirar el líquido sobrante de la zona intervenida (ya que el cuerpo humano tiende a llenar de líquidos la zona que se ha dejado vacía tras la intervención, de esta forma se consigue minimizar tanto la acumulación de sangre como la de exudado, ayudando a disminuir las posibilidades de infección y, por tanto, disminuyendo el tiempo de curación a la vez que permite controlar las características de este.

Pero, no todo son ventajas en los drenajes, también tienen algunos inconvenientes como pueden ser: pueden ser una puerta de entrada de bacterias , son inmovilizadores para el paciente y son molestos para el paciente (debe ser sometido a procesos de cura, de extracción...).

Tipos de drenajes quirúrgicos: Drenaje de tipo dedo de guante o de gasa, drenaje de tipo Jackson Pratt, drenaje de tipo Penrose ,drenaje de tipo Redón, drenaje de tipo Blake, drenaje de tipo Saratoga, drenaje de tipo Kehr, drenaje de tipo Pigtail, drenaje de tipo Pleur-evac y drenaje de tipo Abramson (todos pueden ser cerrados o abiertos y activos o pasivos).

2 Objetivos

Desarrollar el protocolo de actuación para llevar a cabo la extracción de un sistema de drenaje activo cerrado del tipo drenaje aspirativo cerrado con depósito de bulbo-granada.

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: drenaje quirúrgico, tipos de drenajes quirúrgicos y protocolo de actuación para llevar a cabo la extracción de un sistema de drenaje activo cerrado del tipo drenaje aspirativo cerrado con depósito de bulbo-granada.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: drenaje quirúrgico, tipos de drenajes quirúrgicos y protocolo de actuación para llevar a cabo la extracción de un sistema de drenaje activo cerrado del tipo drenaje aspirativo cerrado con depósito de bulbo-granada, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Protocolo de actuación para llevar a cabo la extracción de un sistema de drenaje activo cerrado del tipo drenaje aspirativo cerrado con depósito de bulbo-granada:

TCAE: reunir todo el material necesario: guantes tanto estériles como no estériles, gasas estériles, suero fisiológico, antiséptico, apósitos, vendas, kit para extracción de suturas, etc.

Lavado de manos y meterse los guantes (TCAE y DUE).El TCAE se pone los guantes no estériles para proceder a la abertura de los guantes no estériles que debe ponerse el DUE (al cual debe ayudar a ponérselos para asegurar la esterilidad de estos).

TCAE o DUE : Dar analgesia.

TCAE: Colocar la cama a una altura optima para que el DUE pueda realizar la extracción cómodamente.

TCAE: Colocar al paciente en la posición adecuada para la extracción del drenaje de forma cómoda y segura, en función de la zona donde esté ubicado.

DUE: retirar apósito, comprobar si existe algún signo de infección (si lo hubiera comunicarlo al cirujano antes de realizar la extracción), quitar tapón del bulbo y vaciar , en caso de estar unido a través de puntos de sutura quitarlas de acuerdo al protocolo de actuación existente para este procedimiento, sujetar el tubo del bulbo y tirar hasta conseguir su total extracción(si durante este proceso se produce resistencia hay que suspender la extracción y llamar al cirujano . Comprobar que el tubo del drenaje está intacto, de no ser así también es necesario llamar al cirujano para que compruebe si se ha quedado algún trozo del drenaje dentro. Realizar la correspondiente cura y cerrar con apósito. Retirarse los guantes, desecharlos y lavado higiénico de manos.

TCAE: comprobar si se ha manchado cama o ropa del paciente, en el caso afirmativo proceder o al cambio de ropa de cama o al de ropa del paciente, acomodar al paciente,recoger todo el material utilizado (desechándolo en el contenedor de restos biológicos) y recoger el material no utilizado dejándolo ubicado en el sitio adecuado, quitarse los guantes e iniciar el proceso de lavado de manos.

DUE: Realizar el registro del procedimiento en la historia del paciente, dejando constancia de cualquier tipo de incidencia que haya podido acaecer.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de los distintos tipos de drenajes quirúrgicos, el drenaje activo cerrado del tipo drenaje aspirativo cerrado con depósito de bulbo-granada es de los que puede realizar la extracción el equipo de enfermería (TCAE-DUE). Por eso es tan importante que ambos profesionales conozcan a la perfección el protocolo de actuación para llevar a cabo la extracción de este sistema de drenaje. Del mismo modo es totalmente imprescindible conocer cuáles son las casuísticas por las que

se debe interrumpir la extracción y llamar de forma inmediata al cirujano responsable para que finalice el proceso, lo interrumpa o de las instrucciones necesarias para seguir extrayéndolo.

6 Bibliografía

Wikipedia. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.

Manual de cuidados de enfermería. Servicio andaluz de salud. <https://www.doctordiazgutierrez.com/blog/tipos-de-drenajes-quirurgicos/>

Capítulo 229

TÉCNICO EN CUIDADO DE AUXILAR DE ENFERMERÍA Y PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

MARIA ELENA DE LA TORRE OSSORIO

GEMA COELLO

ROCIO CORAL COLLADO GUTIERREZ

JUDIT ESCUDERO RAMOS

YOLANDA ROMERO DIAZ

1 Introducción

Después de la crisis sanitaria provocada por la Covid.19 no es difícil acertar que las enfermedades infecto contagiosas suponen un verdadero riesgo para las personas que las padecen y por tanto un problema de salud, este es el motivo que nos ha llevado a que en este capítulo de investigación vamos a desarrollar las principales medidas y pautas de actuación de los técnicos en cuidados de auxiliar de enfermería para poder realizar sus actividades o funciones con pacientes (aseo personal del paciente, retirada de heces o toma de muestra de esta, poner un enema de limpieza, etc.) con enfermedades infectocontagiosas de manera segura. Pero, ¿qué es una enfermedad infectocontagiosa?

Es una enfermedad producida por microorganismos dañinos para el cuerpo humano, entre nos encontramos virus, bacterias, parásitos y hongos, enfermedad fácilmente transmisibles de unas personas a otras (dependiendo del tipo de microorganismo que la origina se transmiten de forma aérea, por contacto, etc.

Dentro de las enfermedades infectocontagiosas podríamos destacar: La Covid-19, salmonelosis (que afecta principalmente a los intestinos. Su transmisión se produce a través de los alimentos), amigdalitis estreptocócica, gonorrea (enfermedad trasmisible a través de las relaciones sexuales), gripe (transmisión principalmente aérea, herpes zóster (se transmite a través del contacto físico), amebiasis (se trasmite por el consumo de bebidas o alimentos contaminados), tricomoniasis (se trasmite a través de las relaciones sexuales), hepatitis, etc.

2 Objetivos

Poner en conocimiento tanto las medidas generales más importantes como las medidas específicas para que el técnico en cuidados en auxiliar de enfermería pueda realizar su trabajo diario de forma segura en pacientes con enfermedades infecciosas.

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: qué son enfermedades infectocontagiosas, enfermedades infectocontagiosas más importantes y medidas generales más importantes como las medidas específicas para que el técnico en cuidados en auxiliar de enfermería pueda realizar su trabajo diario de forma segura en pacientes con enfermedades infecciosas.

Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre: qué son enfermedades infectocontagiosas, enfermedades infectocontagiosas más importantes y medidas generales más importantes como las medidas específicas para que el técnico en cuidados en auxiliar de enfermería pueda realizar su trabajo diario de forma segura en pacientes con enfermedades infecciosas, artículos en castellano que como máximo tuvieran 6 años de antigüedad.

4 Resultados

Medidas generales más importantes como las medidas específicas para que el técnico en cuidados en auxiliar de enfermería pueda realizar su trabajo diario de forma segura en pacientes con enfermedades infecciosas:

Generales:

- Utilizar todas las barreras de protección: Calzas, gorro para el pelo, mascarilla preferiblemente FPII o superior y bata.
- Utilizar bolsas o contenedores específicos de material potencialmente contagioso para el desecho de los materiales utilizados.
- Comprobación del tipo de enfermedad infectocontagiosa que posee el paciente para saber el medio de transmisión e incrementar las medidas de protección en el caso de que las haya.

Protocolo de actuación del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería cada vez que tiene que entrar en una habitación de un enfermo que padece una enfermedad infectocontagiosa:

Lavado de manos: con una duración no inferior a 30 segundos y con agua y jabón de pH neutro. A continuación, ponerse calzas(sin tocar suela del zapato) y gorro (que de forma que recoja todo el pelo), ponerse mascarilla FPII o superior dependiendo del tipo de infección que padezca el paciente, ponerse bata desechable sobre el uniforme de trabajo y por último ponerse los guantes. Con toda la equipación correctamente puesta pasar al habitáculo, realizar el cuidado pertinente (aseo personal, toma de temperatura, medida de micción, tendido de cama, alimentación), teniendo en cuenta que si al paciente se le realiza más de un cuidado diferente hay que proceder al cambio de guantes entre una y otra con un lavado de manos entre estos con hidrogel). Si se ha utilizado en el proceso algún material no desechable o aparato se desinfectan con clorhexidina al 5% .Concluido el proceso despedirnos del paciente y dentro del habitáculo quitarnos todas las medidas de protección y desecharlas en el contenedor ubicado en la entrada del habitáculo. Concluyendo todo el proceso con un nuevo lavado de manos con una duración entre dos o tres minutos con agua y jabón neutro.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las normas generales y específicas que hay que tener para cualquier actuación con un paciente con enfermedad infectocontagiosa supone una media primordial de evitar una pandemia dentro del ámbito hospitalario extensible a los familiares de los trabajadores por eso es de suma importancia no solo conocerlas,

sino aplicarlas (No sirve el decir yo no me pongo por ejemplo, la mascarilla, si no me va a pasar nada. Un acto de este tipo puede producir que salgamos infectados, que nosotros infectemos a nuestros compañeros, etc. y así crear una cadena de contagios que puede concluir en una pandemia donde muchas personas inocentes incluso pueden llegar a fallecer).

6 Bibliografía

Wikipedia.

Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill. <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

<https://revistas-portalesmedicos.com>

<https://apuntesauxiliarenfermeria.com>

Técnicas básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill.

Manual de cuidados de enfermería. Servicio andaluz de salud. <https://medlineplus.gov/spanish/infectiousdiseases.html>

<https://www.centromedici.com/enfermedades-infectocontagiosas-que-son-y->

<https://vivolabs.es/10-enfermedades-infecciosas/como-nos-afectan/>

Capítulo 230

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN SÍNCOPE

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

1 Introducción

El síncope se define como la situación en la que existe una pérdida momentánea de consciencia derivada de la falta de sangre en el cerebro, se suele resolver de manera espontánea y sin más consecuencias en segundos o minutos. En muchas ocasiones van precedidos de sintomatología asociada como visión borrosa o pérdida de visión momentánea, mareos, temblores, palidez. Lo que da al paciente un poco de margen a la hora de poder sentarse o tumbarse para evitar que se produzca la pérdida de consciencia.

2 Objetivos

- Dar a conocer la sintomatología y las pruebas diagnósticas de un síncope.
- Mostrar las actuaciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, o cualquier otro profesional sanitario, debe llevar a cabo ante la presencia de un síncope en una persona.

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 pruebas para el diagnóstico del síncope y conocer su origen son:

- Electrocardiograma o ecocardiograma, para saber si el origen del síncope es cardíaco.
- Electroencefalograma para conocer si el origen es neurológico o si pudo sufrir un accidente cerebrovascular.
- TAC craneal. Prueba de imagen con la misma finalidad que el electroencefalograma.
- Técnicas de laboratorio. En lo que a las pruebas de laboratorio se refiere, por medio de una analítica de sangre se deben analizar distintos parámetros: hematimetría, sodio, potasio, glucosa, urea, creatinina...

Normalmente, quien está a punto de sufrir un síncope empieza a palidecer, sudar, tener náuseas y buscará sentarse o tumbarse. Se le puede nublar la vista y zumbarle los oídos.

El profesional de la salud que aprecie esos síntomas, como es el TCAE debe:

- Dar apoyo para que el paciente pueda tenderse en el suelo, sin caerse ni golpearse.
- Levantará sus piernas, con la persona en decúbito supino, sobre una superficie plana, sin almohada. Si no es posible tumbarle, también puede sentarse con la cabeza entre las piernas, con esta lo más baja posible.

- Es preciso comprobar la presencia de constantes vitales para no confundir el síncope con una parada cardiorrespiratoria.
- Cuando la persona se recupere, debe permanecer tumbada unos minutos y después incorporarse.

Llegados a este punto es preciso considerar que el mero hecho de perder el conocimiento, sin causa conocida que lo justifique, debe suponer una visita al médico. Especialmente, el paciente deberá acudir al servicio de urgencias hospitalarias en caso de que sufra una pérdida brusca del nivel de consciencia, teniendo alguna cardiopatía conocida en su historial médico o, en caso de que esta se acompañe de dolor torácico, disnea, cefalea, movimientos anormales u otra sintomatología. Si la pérdida de consciencia es duradera o si el individuo está desorientado o con un comportamiento extraño, debe visitarse igualmente a un especialista.

5 Discusión-Conclusión

El síncope es un cuadro agudo que requiere de atención precoz para evitar complicaciones mayores.

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería deben conocer los signos y síntomas que lo preceden a fin de evitar las consecuencias más nocivas para el paciente.

Tanto las pruebas complementarias como los valores de laboratorio nos permiten discriminar el origen del cuadro, ya que según sea este, las actuaciones y cuidados irán encaminados hacia una cosa u otra.

El correcto diagnóstico del origen del síncope, nos ayudará también a la hora de realizar un seguimiento individualizado, y valorar posibles alteraciones que aparezcan en un futuro, ya sean cardíacas, neurológicas o analíticas.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 231

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN DENTRO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

SONIA GALINDO LOPEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Los servicios de emergencia en el centro de un hospital se pueden definir como un área del hospital que brinda y brinda atención inmediata a los usuarios sin distinguir entre sus necesidades médicas o quirúrgicas.

Los servicios de emergencia trabajan con un equipo médico bien organizado y todos conocen sus responsabilidades. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) trabajan en equipo con médicos y enfermeras para cuidar a los pacientes con la ayuda de enfermeras hasta que son dados de alta del hospital o sala.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en el área de urgencias 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

Los pacientes asisten a urgencias cuando tienen la necesidad de ser atendidos de manera inmediata por una patología o accidente que ocurre en el momento y que no puede esperar a ser atendidos por su médico de atención primaria o especializada. El TCAE debe tratar con una delicadeza extrema a los pacientes, ya que se encuentran en un momento muy delicado e incluso doloroso. Podemos resumir las funciones del TCAE en dicho servicio: - Acompañar al paciente hasta la sala donde será atendido. - Inmovilizar al paciente en caso necesario. - Prepararlo para la exploración. - Guardará las pertenencias del paciente en el caso de que sea necesario retirárselas para algunas pruebas. - Registrarán las constantes vitales. - Tendrán que mantener limpio y esterilizado todo el equipo hospitalario. - Se les proporcionarán los medicamentos necesarios. - Se les asistirá en la alimentación y en la higiene. - Se tramitarán todas las solicitudes de pruebas y muestras que soliciten los facultativos. - Mantendrá el equipamiento necesario al día. - Asistirá al equipo de enfermería en todo lo que sea necesario. - Dará información tanto al paciente como a la familia sobre el funcionamiento del hospital y resolverá cualquier duda.

Como se puede ver en las funciones, los TCAE tienen que trabajar en equipo y actuar junto con ellos ante cualquier complicación que pueda surgir, evitando así el empeoramiento del paciente. El profesional que más tiempo pasa y más cerca se encuentra es el TCAE por lo que tiene que ser capaz de transmitir tranquilidad, confianza y empatía, forjando así una relación paciente-TCAE sólida y humana, algo que beneficiará al paciente en su pronta recuperación. Algo a tener en cuenta

por el TCAE es no dar la información médica ni al paciente ni a los familiares, ya que esa labor es exclusiva de los facultativos.

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 técnico en cuidados auxiliares de enfermería del servicio de urgencia es el personal que primero atiende a los pacientes en cuanto llegan a este servicio y debe hacerles la estancia más amena.

Es uno de los trabajadores, junto con el resto de personal sanitario y no sanitario, imprescindible dentro del servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 232

EL PERSONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU ACTUACIÓN ANTE UN EXITUS

SONIA GALINDO LOPEZ

MARIA ROSANA ILLESCAS RODRIGUEZ

JANIS SÁNCHEZ CORRAL

PATRICIA GONZÁLEZ PLASENCIA

ÚRSULA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Exitus es un término latino que significa «salida» y se emplea en medicina como simplificación de la expresión más correcta exitus letalis, que literalmente significa «salida mortal» o más médicamente «proceso hacia la muerte». Durante la fase terminal del paciente, han de dispensarse cuidados hacia el paciente moribundo y su familia, preservando la dignidad del mismo. Posteriormente, cuando el paciente ya ha fallecido, se debe proceder a realizar la preparación del cuerpo del finado. Podemos decir que los cuidados post mortem se refiere a todos aquellos que se realizan después del cese de toda actividad vital, cuando el médico certifica el fallecimiento del paciente.

Para terminar esta introducción es importante conocer algún concepto como:

- Agonía:

La agonía es el estado anterior a la muerte que sucede en aquellas enfermedades en las que esta se produce lentamente. La agonía puede ser lúcida cuando se conserva el conocimiento, y comatosa cuando no existe ese conocimiento. El enfermo que se encuentra en este periodo se denomina enfermo agonizante

2 Objetivos

Explicar cuál es la actuación del TCAE ante un exitus.

3 Metodología

Basándonos en la literatura científica que tenemos hasta la fecha de hoy, se ha desarrollado una investigación profunda para la realización de trabajo. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva y revisión bibliográfica comparando y complementando todos los datos recopilados en diversas fuentes: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados que se le ofrecen post-mortem al paciente tras el fallecimiento son los siguientes, después de que la enfermera realice todas las pruebas, el médico certifica la muerte. Es cuando comenzamos con los cuidados post-mortem. Por ello debemos de informar a los familiares que el paciente ha fallecido y decirles todos los pasos a seguir hasta que todo el equipo sanitario certifique el lugar y la hora y tengamos los informes que certifican el exitus. Debemos de valorar desde los signos fisiológicos como la falta del aire del paciente, que no respira, y sobre todo ofrecer a la familia el apoyo que necesita durante la estancia del óbito en la habitación del hospital. Siempre debemos de preguntar a la familia si quiere que se le ponga alguna ropa en especial o le dejamos con el pijama hospitalario, en la mayoría de ocasiones se deja el pijama hospitalario y al llegar al tanatorio es cuando se encargan de terminar de vestir al fallecido y dejarlo en condiciones óptimas, seguidamente junto con la enfermera, el celador y la técnica en cuidados auxiliares de enfermería debemos de quitar al paciente fallecido todo tipo de vías, sueros, goteros, que lleve y debemos de meterlo en una bolsa negra

que se llama sudario y dejarlo en condiciones óptimas en la cama, colocando 4 etiquetas de identificación del paciente. Una la deberemos poner en el pie, otra en el pecho y las dos etiquetas restantes debemos de ponerla en el sudario, una arriba donde lleva una protección con plástico y otra en los pies, de esta manera el paciente quedará en buenas condiciones para que la familia pueda entrar a verlo y despedirse de él mientras el celador soluciona toda la documentación necesaria para el traslado del paciente fallecido al tanatorio o al lugar donde hayan decidido los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post mortem son una extensión de los cuidados que recibe el paciente en vida, así como la atención a los familiares del fallecido, dado que pasan por un complicado proceso de duelo, con lo cual deben ser tratados con respeto y comprensión.

En este proceso es fundamental la preparación del cuerpo para su posterior traslado a otros lugares como un velatorio, a un tanatorio, por lo que es nuestra responsabilidad el cuidado final de ese cuerpo que debe hacerse con toda delicadeza. La actitud del equipo de enfermería se deberá basar en una actitud de respeto al ser humano, también en la muerte.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 233

ABSENTISMO LABORAL EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

ANGELA QUIROGA CASTELLANOS

DAVID SUÁREZ GONZÁLEZ

NURIA SANTOS FERNÁNDEZ

SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ

PILAR LÓPEZ BRAÑA

1 Introducción

El absentismo laboral es un fenómeno muy presente y alarmantemente creciente en nuestra sociedad. Las bajas por enfermedad común se están incrementando anualmente de manera preocupante.

Además, de los costes directos generados por la baja laboral, que son los derivados del pago de las prestaciones a la seguridad social que cobra el trabajador de baja por contingencias comunes y del complemento salarial que abona la empresa, el absentismo también supone unos costes indirectos, que pueden llegar a ser en la mayoría de los casos hasta tres veces superiores a los costes del importe directo. Por los que entendemos como indirectos serían el tiempo de búsqueda de otro profesional para sustituir el que está de baja, el tiempo de preparación y formación del nuevo empleado de sustitución para su adaptación al puesto de trabajo, la pérdida de rendimiento, efectividad, calidad que su sustitución por otro trabajador supone, etc.

Por otra parte, la duración media de las bajas laborales suele estar en torno a los 16 días, y en cuanto a la enfermedad más frecuente, se observa que la patología osteomuscular es la más habitual, seguida de los problemas psiquiátricos e infecciosos. En cuanto a los principales días de la semana con absentismo laboral, se observa que los lunes y los martes son los días con más ausencias laborales. En el sector sanitario hospitalario, donde existe una disparidad importante de categorías profesionales, encontramos un número elevado de estas en las que los profesionales necesitan movilizar cargas físicas como los pacientes, los materiales, etc., en las que es muy frecuente los sobreesfuerzos, o en las que la cronicidad de repetición de maniobras termina provocando una lesión osteomuscular.

2 Objetivos

Estudiar los factores asociados que provocan el absentismo laboral en los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la ejecución de nuestro estudio se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el absentismo laboral en el ámbito hospitalario, obtenidos en bases de datos de páginas especializadas de internet como Pubmed, Medline, Lilacs, Scielo.

Las palabras claves utilizadas para la recolección de documentos han sido: absentismo laboral, personal hospitalario, sector sanitario. La búsqueda documental se limitó el periodo de publicaciones al que va desde el año 2000 al año 2022.

4 Resultados

De nuestra revisión documental sobre el absentismo en el medio hospitalario observamos que existe una disparidad de categorías profesionales en el sector del hospital, y también se percibe que en función de la categoría profesional habrá un volumen de personal, que varía mucho entre las mismas y que hace una gran variación en la estadística de absentismo por patologías.

En los hospitales existen básicamente 2 grupos de profesionales, los profesionales sanitarios y los profesionales no sanitarios. Cada grupo de profesionales se subdivide en niveles de categorías, habiendo principalmente 5 categorías o niveles por cada grupo de profesionales.

Evidentemente, los niveles más altos son profesionales con categorías altas como doctores, graduados, diplomados, etc., y los niveles más bajos son profesiones sin tanto nivel académico, y donde se trabaja más de forma física.

De esta clasificación observamos que el absentismo en las categorías altas será principalmente debido a situaciones de estrés, de burnout, de agotamiento psicológico y mental, problemas físicos y mentales debidos a la turnicidad, factores psicosociales en el trabajo, incluso en situaciones agresiones por parte familiares o pacientes, etc. Mientras, las principales causas de absentismo laboral en las categorías de nivel más bajo, aunque también son debidas a situaciones de acoso laboral, estrés, agotamiento psicoemocional, etc., serán principalmente atribuidas a situaciones de cargas físicas, de agotamiento físico, de sobre esfuerzo físico, etc., con patologías musculoesqueléticas, donde el dolor de espalda es una de las patologías más prevalente.

Observamos una etiología multifactorial de causas en el origen que pueden producir una situación de absentismo laboral en el medio hospitalario, pero los datos revisados indican que más del 25% se atribuye a cargas físicas, manipulación, desplazamiento, etc.

Sería muy deseable y recomendable realizar con periodicidad la valoración, por organizaciones y sectores, de las posibles causas que generan situaciones de absentismo laboral en el ámbito sanitario hospitalario, con el fin de comparar datos entre una y otra organización, y poder tomar medidas preventivas por los equipos de valoración de Riesgos Laborales en beneficio de una drástica reducción de estas situaciones de absentismo laboral, lo que supondría una importantísima reducción del coste económico a la Seguridad Social del país.

5 Discusión-Conclusión

El absentismo laboral en el ámbito hospitalario es elevado y las causas que provocan este absentismo son muy variadas dependiendo de la categoría profesional de partida.

En las profesiones con altos niveles formativos de sus trabajadores, donde los temas organizativos y la gestión de asuntos con responsabilidad importante suelen favorecer situaciones donde la aparición del estrés, del burnout, la despersonalización, alteraciones psicoemocionales, etc., son los principales factores generadores de bajas laborales y su consecuente absentismo.

En los niveles profesionales con bajos niveles formativos, donde se trabaja mucho más con movilidad de cargas físicas y desplazamiento de materiales, documentación, incluso la movilidad de pacientes, etc., aparecen principalmente las

patologías osteomusculares debidas sobre todo sobrecarga de esfuerzos físicos. Estas patologías representan un importante porcentaje del absentismo laboral en el sector hospitalario, por ser un volumen importante de personal laboral. Una correcta y acertada evaluación de los factores generadores de absentismo por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, sería muy beneficio para una óptima gestión del personal hospitalario, lo que implicaría una importante reducción del gasto a la Seguridad Social.

6 Bibliografía

Tenías Burillo JM, Mayordomo Fernández C, Escribá Agüir VA. Absentismo laboral por dolor de espalda en el personal hospitalario: estudio de cohortes Mapfre Medicina, 2006; 17: 3-13.

González Viejo MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin. 2000; 114:491-2.

Escribá Agüir V, Pérez Hoyos. Ambiente psicosocial del trabajo y lumbalgia en el personal facultativo hospitalario. Gaceta Sanitaria 2003, 17 (supl.2) .187.

Tenías Burillo JM, Escribá Agüir V, San Felix M, Blázquez H, Mas R. Trastornos musculoesqueléticos, demanda, control y apoyo social en el personal hospitalario. Gac. Sanit. 2001; 15 (Supl 2): 56.

Morata MA, Ferrer VA. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. Mapfre Medicina. 2004; 15: 199-211.

Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003), de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo estatuto continúan vigentes (según la Disposición transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. nº269. 10/11/95.

Howard JT, Potter LB. An assessment of the relationship between overweight, obesity, related chronic health conditions and worker absenteeism. Obes Res Clin Pract. 2014 Jan-Feb;8(1):e1-15.

Capítulo 234

MOBBING ENTRE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO DEL HOSPITAL: UNA EPIDEMIA SILENCIOSA

MARGARITA GÓMEZ FERNÁNDEZ

ARÁNZAZU GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ ALONSO

LAURA LLERA DIAZ

LILIANA LÓPEZ PASTOR

1 Introducción

La violencia está desafortunadamente cada vez más presente en las sociedades avanzadas. Son cada vez más frecuentes las situaciones diarias en las que la violencia, tanto física como verbal, aparece de manera normalizada en los medios de comunicación. Con esta normalización de la violencia en nuestro entorno diario, en el aspecto laboral, no podía ser de otra manera. Son cada vez más frecuentes las situaciones laborales en las que aparecen situaciones y aspectos violentos en las organizaciones.

Desde mediados de los años 80 se utiliza el término anglosajón de mobbing para designar una situación de acoso u hostigamiento en el entorno laboral. Leymann,

uno de los principales investigadores sobre el tema del mobbing, lo describe como proceso continuado de destrucción, con presencia de acoso u hostigamiento psicológico, de uno o varios trabajadores sobre otro compañero en el ambiente laboral, con la finalidad de hacer daño y propiciar la desaparición de la persona acosada del entorno laboral. Este acoso se fundamenta en una serie de actuaciones que valoradas aisladamente no parecen tener interés dañino, pero que su repetitividad termina siendo destructiva para la persona acosada.

Varios expertos en la materia consideran y definen que no existe una duración o límites concretos en el tiempo, pero hay unanimidad en considerar y consensuar que la ejecución de estas conductas negativas por parte del acosador durante un periodo de 6 meses, y con una frecuencia aproximada de una vez a la semana, puede ser una definición muy acertada del acoso psicológico en el entorno laboral o mobbing. Con esta definición debemos excluir de la situación de mobbing, aquellas conductas y actuaciones bromistas entre compañeros que se hagan de manera puntual, salvo que estas se realicen de manera repetitiva y crónica.

Por otra parte, se debe considerar que este fenómeno de mobbing es un proceso dinámico y gradual, en el que la persona que sufre el acoso recibe estas agresiones de manera crecientes en frecuencia e intensidad.

En el ámbito sanitario hospitalario, por su forma de organización y gestión, suele ser un sector laboral donde habitualmente se identifican, y de manera creciente, situaciones de acoso laboral o mobbing.

2 Objetivos

Identificar la situación y consecuencias del acoso laboral o mobbing entre los profesionales del entorno sanitario hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realiza una revisión bibliográfica de documentos como estudios y trabajos científicos sobre el mobbing en el ámbito sanitario hospitalario, obtenidos en bases de datos de páginas especializadas de internet como Pubmed, Scielo, Medline, etc.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda documental han sido: acoso laboral, mobbing, personal sanitario hospitalario.

4 Resultados

La primera observación obtenida en nuestra revisión bibliográfica es la unificación por parte de los autores de los trabajos revisados del término de acoso laboral o mobbing. Aunque la RAE (Real Academia Española) aconseje el equivalente de acoso laboral, los investigadores y estudiosos del tema recomiendan sustituir este anglicismo por la traducción en castellano de acoso psicológico, para dar relevancia al aspecto psicológico de esta agresión, lo que hace intuir actuaciones y conductas de vejación, discriminación, etc.

Este fenómeno del mobbing ha sido ampliamente estudiado en los últimos años en el sector sanitario, y sobre todo hospitalario. Este ámbito hospitalario, por su estructura de organización y de gestión, es muy propicio para la aparición de este fenómeno de acoso en el entorno laboral. La existencia de diferentes estadios de jerarquía profesional y la terrible competitividad presente en este sector son unos buenos caldos de cultivo que favorecen de forma potente la aparición del fenómeno del mobbing en este ámbito profesional.

Muchos de los informes y estudios revisados indican que el mobbing en el ámbito hospitalario, lejos de ser una situación marginal, está en peligroso crecimiento, que los datos manejados son solo la punta de del iceberg, siendo aún un fenómeno muy oculto en estas organizaciones profesionales.

En muchas ocasiones la diferencia de poder entre el acosador y el trabajador acosado es la base de la aparición del mobbing, por envidia, por celos, etc., pero el mobbing más peligros es el que aparecen entre compañeros del mismo nivel profesional y suele aparecer como consecuencia de la competitividad profesional hospitalaria. En la literatura revisada aparece como el mobbing más agresivo, donde la consecución de una mejoría de plaza, unas mejores condiciones laborales, etc., son un potente motivo para agredir, hostigar, asediar, destruir a otro compañero profesional.

El entorno laboral, en lugar de acortar estas situaciones lesivas para el acosado, muchas veces es invisible y con esta actitud de desinterés hacia la resolución de la situación de acoso favorece aún más la aparición de más situaciones agresivas de acoso laboral o mobbing. Las organizaciones no suelen participar de forma directa en la resolución del conflicto y cuando lo hace es muchas veces cuando el problema ya está enquistado y tiene difícil solución, tomando finalmente medidas drásticas e improcedentes, que van en la mayoría de los casos en desfavor de la persona acosada.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing o acoso laboral es definido por los estudiosos del fenómeno, como un acoso u hostigamiento crónico, fundamentalmente psicológico, de uno o varios trabajadores hacia otro compañero en el ámbito laboral.

El ámbito sanitario hospitalario, por su estructura organizativa, su forma de gestión, su competitividad corporativa, etc., es un sector muy apropiado para la aparición de situaciones de acoso laboral. En este ámbito laboral suele ser un fenómeno silente con poco reconocimiento, pero los datos estadísticos obtenidos en esta revisión documental indican que es un fenómeno muy implantado y muy silencioso, pero que está creciendo de forma alarmante.

Existen diferentes motivos para la aparición de situaciones de mobbing, pero la envidia, los celos, la competitividad para lograr mejores plazas, etc., son unos de los principales factores que favorecen la instalación de este fenómeno en el sector hospitalario. El acoso más agresivo suele ser entre compañeros del mismo nivel profesional, favoreciendo la aparición de consecuencias muy lesivas a nivel psicoemocional para el profesional acosado.

Los compañeros de organización no suelen participar en la resolución del conflicto, y las direcciones de las organizaciones suelen resolverlo demasiado tarde, tomando medidas desapropiadas, que suelen ir en contra del profesional afectado.

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, n° 7.

Capítulo 235

GRADOS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. ORIENTACIONES AL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MERCEDES TENDERO ALARCON

TOMÁS GARCÍA TENDERO

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

OLGA NAVARRO CIFUENTES

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso natural de alto impacto en nuestro siglo, debido al hecho del incremento de las personas de más de 60 años, por el aumento en la esperanza de vida y reducción brusca de la natalidad.

Durante un periodo de tiempo se han asociado las necesidades de atención a domicilio con el envejecimiento de la población. Es un factor que contribuirá a un aumento de la demanda de los cuidados domiciliarios, pero habrá también otros determinantes.

En el anciano, indicador más preciso de salud es su estado funcional, ya que tiene riesgo de presentar complicaciones con implicación negativa en las actividades de la vida diaria.

La valoración de la capacidad funcional se sitúa en el marco de la Valoración Geriátrica Integral, es el proceso diagnóstico integral y multidisciplinar, en el que desempeñan un papel imprescindible los profesionales sanitarios de atención domiciliaria.

La Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia genera un estímulo para los mandos públicos de fomentar y conservar programas de atención geriátrica y sociosanitarios que promuevan una correcta asistencia a los problemas de salud de las personas mayores cuando son dependientes.

Se ha calculado que para 2025 habrá alrededor de 1200 millones de ancianos y para 2050 esta población llegará al 28%, de los cuales 10.1% estarán en situación de dependencia.

En las últimas décadas, se han redactado muchos estudios sobre el cuidado de individuos dependientes, sobre todo en relación con ancianos.

Son necesarios muchos progresos en investigación que permitan el descubrimiento de los patrones de salud, las características asociadas al desarrollo de la dependencia y la instauración de intervenciones con evidencia científica.

2 Objetivos

- Determinar las características de los usuarios de estos cuidados, ya sean formales o informales
- Dar a conocer los grados de la dependencia en España.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 una investigación realizada en una provincia española se averiguó que la dependencia funcional aumenta con la edad en el adulto mayor, en un estudio muy similar se encontró dependencia total en individuos de 86 y más años.

En este contexto se van a diferenciar varios grados de dependencia:

Grado 1, dependencia moderada. La necesidad de cuidado es intermitente y se da al menos una vez diaria.

Grado 2, dependencia severa. Precisa ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria de 2 a 3 veces al día

Grado 3, gran dependencia o dependencia absoluta. Pierde por completo su autonomía mental, física, intelectual o sensorial.

Por otro lado, en otro estudio reciente realizado en nuestro país se ha verificado que las enfermedades en relación con los cuidados domiciliarios son la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades osteoarticulares, la demencia, la insuficiencia cardíaca, la incontinencia urinaria, entre otras.

Si nos fijamos en las características sociales y demográficas, hubo predominio de casadas y viudas, ya que la soledad y viudez lleva a la mujer a ser dependiente funcional. Por lo que es un factor protector estar acompañado o con pareja.

También se verificó que las personas que percibían únicamente cuidados privados obtuvieron más posibilidades de satisfacer sus necesidades personales. En otros términos, los que recibieron exclusivamente cuidados de los servicios sociales obtuvieron menos probabilidades de cumplir su necesidad de asistencia en comparación con aquellos que recibían solo cuidados informales.

Para nuestro beneficio, las autoridades públicas tienen una marcada visión hacia las ayudas de servicios, permitiendo que la persona vulnerable pueda recibir unos cuidados profesionales avanzados sin tener que poner fin a su unión con su red de apoyo social.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de atención comunitaria están en condiciones ideales de poner en práctica unos cuidados domiciliarios de calidad dirigidos a personas en situación de dependencia.

Un servicio a domicilio de calidad se produce gracias a la suma de esfuerzos y una atención coordinada por medio de diferentes organizaciones, agentes de cambio y profesionales sanitarios centrados en la comunidad.

Las familias de nuestro país prefieren sistemas que abordan servicios formales

de cuidado en los que los suministradores de cuidados sean los sanitarios.

El resultado último de la atención y la buena percepción del ciudadano de su salud se basarán en el conjunto de prestaciones percibidas del sistema de atención a la dependencia y del sistema nacional de salud.

6 Bibliografía

Contel Segura J.C. La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index Enferm* [Internet]. 2009;18(3): 176-179. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300008&lng=es.

Minguela Recover M.A, Muyor Rodríguez J. Modelos de cuidado a personas en situación de dependencia en España. Un análisis desde la Gobernanza Publica(2008-2019). *Fundación Caser*. 2019:2-19.

Rogero-García J, Ahmed-Mohamed K. La satisfacción de las necesidades de las personas dependientes de 60 años y más según proveedor de cuidado: España. 2008. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2011; 85(6): 541-553. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600004&lng=es.

Fries J (2003). Measuring an Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Ann Inten Med*; 139: 455-459.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). Proyecciones de Población 2018. Consultado el 13 de marzo 2019 de: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf.

Fernández-Carro, C. (2018). ¿Hacia la “desfamiliarización” del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164: 57-76. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.164.57>

Esteban Herrera Laia, Rodríguez Gómez José Ángel. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Ene*. [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 26] ; 9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200007>.

Salva A. Envejecimiento y dependencia. *Rev esp geriatr gerontol*. [Internet]. 2006 [citado 2023 Jul 26]; 41(S1): 3-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-dependencia-13096070>

Jiménez Aguilera B, Baillet Esquivel L.E, Ávalos Pérez F, Campos Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención familiar*. [Internet]. 2016 [citado 2023 Jul 26]; 23 (4): 129-133. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-dependencia-funcional-percepcion-apoyo-familiar-S140588711630147X>

Capítulo 236

MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MEDIO. CUIDADOS TERAPEÚTICOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MERCEDES TENDERO ALARCON

OLGA NAVARRO CIFUENTES

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

TOMÁS GARCÍA TENDERO

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

1 Introducción

Podemos definir depresión como un síndrome o un conjunto de síntomas y signos que normalmente se muestran juntos. En los adolescentes el síndrome depresivo aparece cuando en la persona se detectan cambios en el estado anímico, así como modificaciones en algunas características del estilo de vida.

Los trastornos depresivos son más frecuentes en las mujeres. No obstante, en los hombres sus efectos secundarios pueden tener implicaciones de mayor gravedad que en las mujeres.

Varios modelos psicológicos indican que hay algunos factores de vulnerabilidad que se mantienen latentes en la persona, y que al producirse sucesos estresantes o negativos incrementan la probabilidad de manifestación o mantenimiento.

Aunque la depresión no sólo se debe a un factor etiológico. Es preciso tener en cuenta la vulnerabilidad psicológica de la persona, así como circunstancias que bloqueen la capacidad de enfrentamiento: 2) se incluye el estrés, el tabaquismo y el consumo de alcohol, el desempleo y una alimentación poco saludable, además de enfermedades crónicas

Los investigadores descubrieron que cerca del 10% de la población presentó un nivel clínico considerable de depresión.

Los DSM-IV son unos criterios internacionales que ayudan en el reconocimiento de la depresión. Existen escalas que valoran la salud mental en los ancianos como la escala de depresión de Hamilton y la escala de Depresión Geriátrica Yesavage, entre otras

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es:

Aportar información sobre la depresión en la adolescencia y las diferencias en las tasas de depresión por razones de sexo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de una serie de artículos de revistas médicas. Las bases de datos empleadas son: Scielo y Scopus. Se han realizado búsquedas en español e inglés, los artículos revisados son actuales. Además se han estudiado casos tanto en sociedades ricas como en barrios marginales. Los conceptos empleados para la investigación han sido: “depresión”, “jóvenes”, “prevalencia”, “causas”.

4 Resultados

A pesar de que la frecuencia de algunos síntomas depresivos parecían ser distintos entre unos individuos y otros, 20 años de investigación orientan hacia la existencia de situaciones de estrés que pueden presentar los adultos.

Para corroborar este hecho, se han llevado a cabo revisiones de los resultados de otras investigaciones sobre el grado de estrés de los sucesos vitales y los síntomas de depresión entre hombres y mujeres.

Si tenemos en cuenta los sucesos vitales familiares, los hombres tuvieron una tasa menor. Con respecto a los síntomas de depresión, igualmente las mujeres obtuvieron una puntuación más alta.

El hecho de que los trastornos del estado anímico son más prevalentes en adultos en edad media que no estudian ni trabajan indica que la pertenencia a un rol ocupacional da lugar a consecuencias en el estado emocional, es decir, además del hallazgo de que no tener unos ingresos supone un impacto sobre la depresión, ocupar demasiado tiempo en el desempeño de un solo rol contribuye de manera sustancial a experimentar síntomas depresivos.

La movilidad física representa un buen tratamiento adyuvante para problemas físicos y desórdenes mentales como la depresión y la ansiedad.

Se han reportado beneficios respecto a la actividad física en el adulto:

Disminuye los problemas osteoarticulares al disminuir el dolor y la tensión muscular.

Mejora la higiene del sueño combatiendo el insomnio.

Mejora la calidad de vida fortaleciendo el cuerpo en general. Aumenta la seguridad ante las caídas y mejora los trastornos del equilibrio. Además aumenta la fuerza y la habilidad para realizar actividades.

Mejora la circulación y los niveles de colesterol evitando así cualquier evento coronario.

Evita el estreñimiento, y mejora el Índice de Masa Corporal.

A nivel psicológico disminuye el estrés, facilita la relajación y mejora la autoestima y la función cognitiva.

Mejora el estado de ánimo y ofrece distracción. Con la actividad física se evita el aislamiento social fomentando las actividades en grupo.

Mejora la depresión a corto plazo por su efecto antidepresivo y ansiolítico gracias a sus propiedades antiinflamatorias.

5 Discusión-Conclusión

Al tener en cuenta la prevalencia de sucesos estresantes, algunos estudios han reiterado que el acúmulo de sucesos estresantes en la vida de las personas produce un riesgo incrementado para el ajuste emocional mientras que un único evento aislado no supone tal riesgo, independientemente de la naturaleza de dicho suceso.

Cabe considerar la necesidad de agregar cambios en algunas políticas de salud respecto a la depresión en adultos, para incrementar y favorecer el acceso directo a los hospitales, el seguimiento desde el ámbito de atención primaria, centros comunitarios, entre otros, para recibir terapia precoz.

Se debe realizar un abordaje global a los pacientes mayores con depresión para que las intervenciones de enfermería sean eficaces. No solo hay que potenciar la movilidad, sino también la confianza del paciente en el profesional de enfermería, la expresión de sentimientos y la integración social.

6 Bibliografía

- Varela Macedo M. Un estudio sobre depresión en adolescentes. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica. 2007;1(23). Disponible en: <https://www.redalyc.org/toc.oa?id=4596>
"http://www.redalyc.org/toc.oa?id=4596&numero=45446"&
"http://www.redalyc.org/toc.oa?id=4596&numero=45446"numero=45446.
- González-Forteza C, Hermosillo de la Torre A, Vacio-Muro M.A, Peralta R, Wagner F.A. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015;72(2):149-155.
- Vázquez C, Hernangómez L, Hervás G. Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. En: Vázquez- Barquero JL (ed). Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos. Barcelona: Masson & Elsevier;2008.
- OMS, (2014). Salud para los Adolescentes del Mundo, una segunda oportunidad en la segunda década. Suiza: OMS.
- Veytia López M, González Arratia N.I, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes. El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental. 2012;35:37-43.
- Bogner H.R, Gallo J.J. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2004;39:126-

132. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0714-z>.

Reynolds W, Mazza J. Reliability and validity of the Reynolds adolescent depression scale with young adolescents. *Journal of School Psychology*. 1998; 36 (3):295-312.

Carmona V. Aprovechamiento del tiempo libre y realización de actividad física regular en una comunidad universitaria de Colombia. *CES Movimiento y Salud*. 2015;3(1): 16-22. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/3572/pdf>.

Atzaba-Poria N, Pike A, Deater-Deckard K. Do risk factors for problem behavior act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *J Child Psychol Psych*. 2004;45:707-718.

Gómez Conte Rosana, Cases Jordán Cristina. Plan de cuidados para ancianos con depresión: a propósito de un caso. *Ene*. [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 19] ; 14(3): e14313. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300013&lng=es.

Epub 05-Abr-2021.

Capítulo 237

ACOSO SOCIAL A UNA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PLANTA

MERCEDES TENDERO ALARCON

OLGA NAVARRO CIFUENTES

TOMÁS GARCÍA TENDERO

JESSICA ALCALÁ VILLAR DEL SAZ

NURIA CÁRCELEN PÉREZ

1 Introducción

El vocablo “acoso laboral” proviene de la traducción de mobbing, término introducido por el etólogo Lorenz como comprobación de sus análisis de animales en libertad. Usó esta palabra para denominar a los asaltos de una banda de animales pequeños frente a un animal mas grande con el objetivo de atemorizarlo, o para referirse al comportamiento violento de un conjunto de animales con el propósito de ahuyentar a un extraño.

El mobbing comprende diversos factores de riesgo, tanto colectivos como individuales. Por ejemplo un ámbito laboral que proporcione a sus empleados un control limitado, poca capacidad de determinación, faltas de respeto o un modelo autoritario de dirección.

El efecto psicosocial en el personal sanitario es una exposición que afectará a su trabajo diario, dentro de este ámbito se agrupan la ansiedad, el estrés, el trastorno de estrés postraumático, la depresión y otros problemas que dañan la esfera psicológica.

En nuestro país, según las estadísticas de Piñuel en la universidad de Alcalá de Henares, alrededor de 1.5 millones de trabajadores sufren hostigamiento laboral, implicando a más del 12% de la población activa. También, uno de cada tres empleados confesó haber sido presa del maltrato psicológico en su trayectoria laboral con una frecuencia semanal.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son:

- Identificar los principales factores de riesgo del mobbing
- Determinar las consecuencias para la salud mental y física del acoso laboral
- Proponer intervenciones adecuadas que ayuden a reducir los efectos perjudiciales del mobbing.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en la literatura científica disponible. Para la búsqueda de la información, se emplearon algunas bases de datos como Dialnet, CINHALL, Medline y PsycINFO.

Se utilizaron los términos "acoso", "enfermeros", "sanitarios", "laboral".

Se escogieron datos sólo de aquellos artículos que se publicaran a partir del año 2000.

Como criterio de inclusión nuestra población de estudio fue personal sanitario que había sufrido agresiones verbales y físicas por compañeros del trabajo.

4 Resultados

Se delimitan factores de riesgo como: edad por debajo de 30 años, poca experiencia profesional, desempeñar el trabajo en determinados servicios.

Según Fango H et al, 2017 se puede apreciar una mayor incidencia de altercados en el servicio de urgencias.

Según Galian Muñoz, 2015 aproximadamente el 22% del personal de enfermería fueron víctimas semanalmente o diariamente de violencia física o verbal.

Las demostraciones de Bilgel revelan un número mayor de casos de acoso en personal con altos cargos de responsabilidad. En esta población encontró una incidencia de acoso según el puesto de ocupación, y además afirmó que no habría diferencias significativas entre el acoso laboral y el género de la víctima.

Según Gascon S , et al, 2012 la sobrecarga de trabajo propicia el agotamiento y se incrementa si se produce una falta de conciencia. Esta fatiga puede dañar la calidad de la atención sanitaria.

Algunos efectos del mobbing son:

- ☒ Poca autoestima, labilidad emocional, inseguridad
- ☒ Padecimiento y estrés en el ámbito laboral
- ☒ Sentimiento de soledad, evitación, escepticismo hacia los demás
- ☒ Reducción brusca del rendimiento y eficacia en el trabajo
- ☒ Aparición de afecciones de salud, a nivel mental y físico

El desempeño del médico de atención primaria en estas situaciones será confirmar o identificar estas señales y los efectos secundarios de las mismas, con el fin de establecer un plan de tratamiento individualizado a cada caso.

Respecto a la intervención, es posible que sea necesario el empleo de ansiolíticos y antidepresivos. A menudo será imprescindible, durante un tiempo determinado, la prescripción facultativa de una benzodiacepina o análogo que favorezca el descanso del individuo, ya que puede llevar una larga temporada sin dormir.

También se deberá analizar aspectos respecto a las consecuencias familiares y en determinados casos se realizará un plan de intervención familiar.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que todos los estudios concuerdan en que las agresiones hacia profesionales sanitarios son un problema prevalente, es decir, hay alto riesgo de violencia laboral en la profesión sanitaria,

El factor común que une todos los estudios es que todos ellos concluyen que hay una correlación clara entre agresiones y alteraciones psicológicas, como por

ejemplo en primer lugar los síntomas depresivos, la calidad del sueño y la percepción de calidad de vida.

Es de suma importancia resaltar que estos resultados demuestran que el acoso laboral no solamente es un problema desde el punto de vista organizacional, sino que conlleva consecuencias en la salud mental y física de los trabajadores que lo sufren.

Hay una serie de consecuencias ocasionadas por el mobbing que pueden mejorar con las intervenciones oportunas, tanto individuales como familiares.

6 Bibliografía

Molero Jurado M.M, Pérez Fuentes M.C, Gázquez Linares J.J. Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería universitaria*. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2016; 13(2): 114-123. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-acoso-laboral-entre-personal-enfermeria-S1665706316000257>

Alberdi Canillas Jon, García Gómez Patricia, Suarez Caballero Bruno José. Impacto psicosocial en personal sanitario víctima de agresiones por parte de la ciudadanía: una revisión sistemática. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Ago 05] ; 66(259): 100-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2020000200100&lng=es.

Epub 05-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2020000200004>.

Harasemiuc Víctor Adrián, Díaz Bernal Jesús Raúl. Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2013 Sep [citado 2023 Ago 05] ; 59(232): 361-371. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X20130003000006&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X20130003000006>.

González Rodríguez V.M. Acoso laboral. Aproximación al mobbing. *Medicina de familia. SEMERGEN* [Internet]. 2004; 30(S1): 3-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acoso-laboral-aproximacion-al-mobbing-13066276>

Capítulo 238

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LA QUIMIOPROFILAXIS DE LAS VACUNAS DEL PERSONAL SANITARIO

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

Todo el personal sanitario al estar expuesto a personas que pueden ser potencialmente de transmitir enfermedades infecto-contagiosa, así como el material que ha estado en contacto con personas, debería estar vacunado/a, con todas las medidas profilácticas que nos puedan ofrecer, ya que cualquier accidente laboral podría ocasionar al propio trabajador (pinchazo accidental, salpicaduras en el uniforme, etc.), por eso es importante que todo el personal sanitario se debiera de vacunar para así no contagiar a otras personas sanas susceptibles de padecer una enfermedad. No obstante, no solo se debería de abordar al personal sanitario no facultativo sino también al personal no sanitario, como a personas que tienen un riesgo muy elevado como es el personal de limpieza.

En todos los hospitales el servicio de medicina preventiva, es el encargado del estudio de la prevalencia y de la incidencia tanto de las infecciones nosocomiales como de otras patologías no infecciosas, además son los que mantienen las normas de muchos protocolos que se hacen con pacientes infecciosos o posiblemente infecciosos y de las recomendaciones de vacunas que se deben poner de manifiesto a todo el personal un ejemplo el cual podemos decir el caso de la gripe o vacunas de la COVID-19 que se ponen de manifiesto todos los años.

Llamamos quimioprofilaxis a una serie de sustancias químicas como fármacos que se pueden combinar o se pueden poner solos, mediante ajustes de proteínas bacterianas o víricas de forma atenuadas o inactivas para producir una respuesta antígeno-anticuerpo creando una respuesta en algunas ocasiones duradera como es el caso de la vacuna del tétanos, o en otras ocasiones con una duración determinada. Cuando hablamos de quimioprofilaxis no solo debemos mencionar las vacunas sino de la profilaxis mediante antibióticos que pueden prevenir de infecciones en procesos quirúrgicos provocando gran ahorro económico en todas las instituciones sanitarias del servicio público.

Hay veces que nuestro propio organismo puede reaccionar de una forma natural contra microorganismos que hemos estado en contacto, produciendo una vacuna natural como es el caso de la mononucleosis infecciosa que deja una inmunidad totalmente permanente, otras veces por el contrario como hemos mencionado anteriormente la inmunidad necesita de un refuerzo para que el sistema inmune pueda recordar que clase de antígeno estamos utilizando. En definitiva la vacunación es uno de las profilaxis que más vidas ha salvado tanto a niños como adultos y que en realidad se sigue investigando a otros niveles como son las vacunas de determinadas neoplasias como son las de pulmón, páncreas, etc.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la quimioprofilaxis mediante vacunas del personal sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde que empezó la pandemia con la COVID-19 y junto con el personal sanitario y no sanitario en la lucha de esta infección, todo el mundo ha estado más convencido a la administración de dicha vacuna, así como a otras vacunas que les han provocado profilaxis. El escepticismo de las vacunas o el negacionismo de las mismas es algo que se ha visto en muchas personas bien por miedo a las reacciones adversas que pueden provocar las mismas o bien por la incredulidad que no salvan vidas, lo que está totalmente comprobado que muchas enfermedades infecciosas o no infecciosas se han erradicado o se están erradicando gracias a este método de salvar la vida del ser humano. Se ha visto estadísticamente que tanto la protección individual como la colectiva o de rebaño has sido una de las alternativas a las mismas proporcionando una prevención de alto nivel en muchos colectivos, no solo a nivel del personal sanitario o no sanitario sino al resto de la demografía poblacional. Las vacunas podemos encontrar distintos tipos y se pueden administrar por distintas vías, como es la vía parenteral, vía oral, etc. Su clasificación desde el punto de vista:

Vacunas atenuadas, en la que los microorganismos están vivos, pero la capacidad de infectar está totalmente reducida y que se hace mediante ingeniería genética del ARN o ADN del virus o de la bacteria.

Vacunas inactivas hechas mediante microorganismos (bacterias, virus) muertos, los cuales no son capaces de producir infección.

Vacunas recombinantes también realizadas mediante ingeniería genética que introduce en el microorganismo un gen dando como respuesta específica entre el antígeno y el anticuerpo.

Vacunas sintéticas: En este tipo de vacunas se obtiene mediante un fragmento del antígeno (virus o bacteria) sintetizado. Otras vacunas como las del cáncer y de las cuales se están proyectando buenas esperanzas para la curación del mismo, se obtiene de las proteínas de las células neoplásicas con gran poder de mutación, aunque está en experimentación aun, es una de las terapias que van a sustituir en el futuro a las quimioterapias.

Se recomienda que las vacunas se puedan administrar desde la edad temprana, es decir lo que llamamos vacunación primaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los recién nacidos sean vacunados lo antes posible, así ocurre con los adultos cuando exista una campaña de vacunación para la prevención de las posibles infecciones, por eso es necesario y recomendable el uso de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

La vacunación se hace necesaria tanto al personal que trabaja en hospitales como al personal que trabaja en centros de atención primaria, sin olvidarnos del personal que presta sus servicios en centros a la dependencia tanto física como psíquica así como en los niños y adultos. Desde el punto de vista preventivo a nivel demográfico poblacional se ha visto un descenso importante de enfermedades infecciosas que han dejado secuelas importantes como es el caso de la Poliomielitis donde es una enfermedad que gracias a las mismas se ha erradicado. Hubo un descenso estadístico de erradicación con otra enfermedad infecto-contagiosa como es el caso de la Tuberculosis, donde en el 2004 aparece un gran brote en toda Europa debido a la inmigración, aunque gracias a los tratamientos curativos pero no menos agresivos se ha podido parar nuevamente la enfermedad, el personal sanitario son el colectivo con más incidencia y de prevalencia de poder padecerla, dando positivo a la prueba del Mantoux, el cual nos indica que ha habido contacto con el *Mycobacterium Tuberculae*.

Otras de las conclusiones que podemos decir de las vacunas son los efectos secundarios que se pueden presentar y que son temporales y que desaparecen en días como es el caso de picos febriles, mialgias, cefalalgias, eritema local del lugar de inserción de la vacuna entre otros signos y síntomas. Hoy en día se hace necesaria la vacuna de todos los colectivos para la prevención de las infecciones que podrían acarrear un coste al sistema sanitario importante si esto no ocurriese, por otra parte el calendario vacunal todos los años modifica alguna de las vacunas para poderse poner de manifiesto en la edad infantil como en la edad adulta.

6 Bibliografía

1. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2014 – Elsevier.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 239

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS PACIENTES CON INTERVENCION QUIRÚRGICA DE CÁNCER DE MAMA

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

El cáncer de mama ha tenido y tiene un impacto psicológico y físico para muchas mujeres que han padecido o padecen este tipo de enfermedad. El personal de enfermería (Enfermeras/os, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)) debe conocer estrategias de cuidados tanto a nivel físico para la paciente como a nivel psicológico. En primer lugar debemos decir que el cáncer de mama, es un cáncer que está muy controlado gracias al screening que se hace a todas las mujeres mediante mamografías. El cáncer de mama se puede desarrollar bien en

los conductos galactóforos de la mama, bien en el conducto ductal, etc. No todas las neoplasias de mama tienen el mismo pronóstico y el mismo tratamiento, hay algunos tratamientos que solo necesitan quimioterapia y otras solo radioterapia o ambas combinaciones, antes de la intervención quirúrgica, o bien después de la cirugía, ya que va a depender de en qué momento se diagnostique. Hay que reseñar que el cáncer de mama no tiene por qué ser una enfermedad mortal ya que la esperanza de vida de este tipo de neoplasias ha dado un avance muy importante en el índice de supervivencia a los cinco años. Referente al pronóstico mencionado anteriormente debemos decir que la anatomía patológica es “crucial” para poder instaurar el tratamiento, ya que va a depender de los receptores hormonales que sean positivos o negativos, ya que va a depender en gran parte el poder de curación. No obstante hay que hacer una serie de pruebas diagnósticas para poder descartar que las células neoplásicas hayan viajado a otros órganos lo que definimos como metástasis, que es una de las pruebas diagnósticas para descartar este mismo problema que se hace antes de empezar con el tratamiento con citostáticos o con la cirugía. El ganglio centinela, se hace con el primer ganglio sospechoso de padecer dicha enfermedad metastásica con lo cual sirve de guía al oncólogo y al cirujano para poder decidir en el tratamiento. El ganglio centinela, no solo se hace para este tipo de neoplasias, sino que hay en algunas neoplasias como en el melanoma, cáncer de vulva, etc. El cáncer de mama tiene unas repercusiones psicológicas tanto para las pacientes como para la familia, la mayor carga emocional que conlleva las mujeres mastetomizadas es la depresión que es una de las secuelas colaterales tanto por el diagnóstico como del tratamiento, así como la ansiedad que les produce también el no saber qué va a ser de su vida en un futuro debido al posible deterioro de su calidad de vida como mujer. Gracias a las reconstrucciones mamarias se ha visto una buena respuesta en cuanto a la depresión y ha generado una buena calidad de vida de las que no han podido ser reconstruidas debido al progreso de su enfermedad neoplásica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en los cuidados a las pacientes con intervención quirúrgica de cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 de las cosas que hay que tener en cuenta a la hora del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico de este tipo de pacientes, es el estado emocional, las cuales hay veces que antes de la cirugía deben acudir a un profesional de la salud mental para instaurar estrategias que les proporcione bajadas de nivel de ansiedad y aclaración de ideas erróneas referente al suceso que va a vivir y de sus acontecimientos. No obstante, el personal de enfermería (Enfermeras/os y TCAE) deben estar a la altura de las circunstancias tanto por el nivel de salud mental en estas pacientes, como a nivel físico en lo que respecta a los cuidados tanto básicos de enfermería como de enfermería.

Al ingreso en la unidad de cirugía, el personal de enfermería deberá indicarle algunas de las actuaciones y recomendaciones para la puesta en marcha del proceso quirúrgico al que se va a enfrentar, por eso es importante revisar todas las pruebas complementarias que se haya tenido que hacer con anterioridad como es: Analítica completa, Radiografía de tórax, pruebas de biopsia si procede, mamografías, alergias conocidas, etc. En la unidad de cirugía, se hará un electrocardiograma así como la toma de constantes vitales donde se apuntarán en la hoja de registro informatizada de la paciente. También se le indicará que debe dejar todo los objetos metálicos e ir desprovista de laca de uñas así como maquillaje a la zona quirúrgica. Según la indicación del facultativo hay veces que después de la ducha de la paciente es recomendable rasurar la zona del campo operatorio, la gran mayoría de las veces se hace para evitar infecciones postquirúrgicas, después se pinta el campo quirúrgico con betadine o clorhexidina desde la mama afectada, axilas y parte posterior de la espalda y se tapa con paño estéril. Es importante que el personal de enfermería tenga en cuenta todos estos procedimientos y que se cercioren que este el consentimiento informado firmado por la paciente para que no haya complicaciones.

Dependiendo si el diagnóstico es certero de Neoplasia de mama, o dudoso porque no lo tengan muy claro los facultativos que vayan a intervenir, en quirófano se hace mediante una Intraoperatoria para confirmar el diagnóstico definitivo por parte del anatomopatólogo, con lo cual la decisión definitiva de hacer una mastectomía radical o de una cuadrantectomía es por parte de anatomía patológica. Sin embargo, la gran mayoría de las veces las pacientes con este tipo de patologías,

ya vienen diagnosticadas con lo cual les orientan para hacer dicha técnica quirúrgica (bien radical o conservadora) dependiendo de la extensión del tumor como los resultados del ganglio centinela o del arpón.

5 Discusión-Conclusión

La neoplasia de mama es el uno de los cánceres más comunes a nivel mundial, pero que ha tenido un gran avance en la medicina para poder frenar sus secuelas al cogerlo a tiempo mediante la prevención precoz de esta patología. Tanto la cirugía como los tratamientos que se han hecho con estos casos de cánceres, han evolucionado muy bien y la esperanza de vida se ha alargado a muchas mujeres que han padecido o padecen este tipo de enfermedad. Con respecto al tipo de cáncer de mama y de su tratamiento va a venir dado por el análisis de anatomía patológica; el cual va a dar la información necesaria a cerca de la extensión del tumor y si ha habido metástasis. En este último (metástasis) se puede evidenciar por el ganglio centinela o mediante pruebas complementarias de medicina nuclear o mediante pruebas como el PET, como también viendo los marcadores tumorales Ca 19.3, junto con la cirugía les va a dar al facultativo de la evolución del tratamiento con citostáticos y le va indicar un antes y un después de iniciar el tratamiento. Es importante recalcar que las asociaciones de mujeres mastectomizadas ha sido de un gran apoyo, ya que cuentan con un equipo multidisciplinar que las orientan, informan, apoyan psicológicamente a estas mujeres y mantienen un seguimiento a lo que se refiere a su enfermedad apoyando en la gran mayoría de los casos de cáncer de mama en la reconstrucción de la mama afectada (siempre que sea posible), o los tipos de prótesis mamarias que pueden utilizar. Hoy en día casi todas las cirugías que se hacen de mama es de origen conservador a excepción de algunas mujeres que ha descuidado su salud mamaria por miedo o por dejación de la realización de una mamografía, en cuyo caso la alternativa sería otra.

Por otra parte, gracias al screening que se hace a todas las mujeres en la prevención del cáncer de mama, ha hecho que muchos cánceres de mama se han curables y cuya esperanza de vida sea conservada y que tengan un alto nivel de supervivencia a los cinco años.

6 Bibliografía

1. El cáncer de mama Arbor, 2015 - arbor.revistas.csic.es.

2. Programas de detección precoz del cáncer de mama en España. Psicooncología, 2007 - core.ac.uk.
3. Estudio epidemiológico del grupo GEICAM sobre el cáncer de mama en España. - Medicina clínica, 2004 – Elsevier.
4. Cribado de cáncer de mama en España: implicaciones para la prevención Gaceta..., 2012 - SciELO Public Health.
5. Biopsia selectiva del ganglio centinela. Sociedad Española de Patología Mamaria. Revista Española de..., 2007 – Elsevier.

Capítulo 240

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

PEDRO ANTONIO DONOSO VALLE

ROCÍO GÓMEZ CAMACHO

CARMEN GÓMEZ SÁNCHEZ

YOANA MUÑOZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ PASAMONTES MARTÍN

1 Introducción

El servicio de hemodinámica o de cirugía intervencionista, es uno de los servicios que se encuentran situados cerca de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, los cuales prestan un servicio muy especializado con respecto a múltiples patologías cardiacas desde IAM (infartos agudos de miocardio), coronariografía y angioplastia coronaria, ablaciones cardiacas, etc., además del estudio fisiológico y estructural normal del corazón y de sus vasos, utilizando como medio de diagnóstico aparatos de imagen para el diagnóstico de alta resolución con contrastes yodados para algunas técnicas de diagnóstico.

Quien atiende a estos pacientes es un equipo de gran especialización médica, así como de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y técnicos en imagen para el diagnóstico, los cuales hacen las proyecciones que

le indica el hemodinamista en algunos estudios o en algunos tratamientos de cirugía intervencionista.

La hemodinámica es una de las especialidades médico-quirúrgicas que se encargan de todas las patologías que requieren de una intervención inmediata y que no pueden esperar a ser intervenidas quirúrgicamente o que no necesitan de un tratamiento quirúrgico de inmediato, empleando catéteres, guías con contraste y el que se van a introducir por una arteria o vena según la indicación médica que elija el mismo facultativo para acceder hacia la coronaria por ejemplo o bien invadir alguna vena colapsada por un trombo.

No hace mucho tiempo se accedía por la vena femoral o la arteria femoral, hoy en día, dicha técnica está invalidada debido al problema que existía de sangrado, con lo cual se accede mediante arteria radial o cubital que es mejor manejo de acceso y no compromete tanto el sangrado del paciente que se le va a hacer una prueba hemodinámica. Dicho servicio estudia la fisiopatología del corazón y de sus venas y arterias, así como el estudio hemodinámico del mismo.

El servicio de hemodinámica no solo tiene aparatos de alta resolución de imagen para el diagnóstico, sino que también tiene máquinas de anestesia y aparatos de ecografía transtorácica. No solo atiende a personas adultas, sino que atiende a pacientes pediátricos con patologías congénitas.

No se debe de confundir este servicio de hemodinámica con el servicio de arritmias, que son dos especialidades médicas distintas y que este último ofrece a los pacientes un servicio del estudio electrofisiológico del corazón, donde se hace necesario a veces el poner un marcapasos transitorio en el momento, para luego poner el definitivo. La gran mayoría de las pruebas diagnósticas y de tratamiento en hemodinámica se hacen en salas híbridas con quirófanos especiales, los cuales pueden interactuar con otras unidades hospitalarias de otros lugares, dando mayor trascendencia en situaciones que pueden o que son complicadas.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que lleva a cabo el TCAE en el quirófano de hemodinámica.
- Dar a conocer el material necesario para tratar algunas de las dolencias que se van a trabajar en el quirófano intervencionista de la unidad de hemodinámica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: MedlinePlus, Scielo, Elsevier, seleccionando lo más relevante a lo que se refiere en hemodinámica en el día a día.

4 Resultados

El TCAE juega un papel muy importante en este servicio y es de gran apoyo para el equipo interdisciplinar que compone la unidad.

- Una de las funciones esenciales que tiene este profesional a la hora de hacer dichas técnicas especiales es conocer las funciones encomendadas en la unidad, las cuales se inician con la acogida del paciente, donde el/la TCAE revisará si el paciente viene rasurado y en condiciones higiénicas necesarias. En caso de que la técnica se aborde por la zona inguinal, se revisará si está bien rasurado o, por el contrario, si se va a abordar por alguna arteria de la muñeca, la TCAE procederá a pintar el campo del mismo.
- A continuación se prepara la mesa intervencionista junto con la enfermera y se comprueba que el paciente haya firmado el consentimiento informado. En caso de un IAM o estudio electrofisiológico y, dependiendo de las necesidades que el facultativo requiera, el personal TCAE prepara todo lo necesario para proceder con el abordaje de dicha intervención. Normalmente, el TCAE y la enfermera preparan la mesa de instrumentación, así como comprueban que el arco de fluoroscopia se encuentre en perfectas condiciones de uso. En el caso de dicha patología o de otras, normalmente se preparará lo siguiente:
 - Guías de Stent o de angioplastia.
 - Catéteres de distintos tamaños llamados catéteres guía.
 - Llaves en Y e introductor metálico con rotor
 - Stents u otro material dependiendo de la técnica y el procedimiento que vaya a seguir el facultativo.

Se incluirá además todo el material fungible como:

- Agujas de distintos calibres.
- Gasas estériles.
- Jeringas de 10 y 20 c.
- Compresas estériles
- Suero fisiológico

- Guantes estériles.
- Batas desechables.
- Sistemas de suero.
- Kit de presión arterial y de monitorización del paciente.
- Introdutores de distinto calibre.
- Cápsulas.
- Riñoneras.
- Bateas.

Una vez colocado todo el material, tanto el personal de enfermería como el personal médico se colocan los mandiles plomados para evitar la excesiva radiación de la fluoroscopia.

El TCAE y la enfermera, que no se encuentran lavadas en dicha técnica, controlan al paciente desde su llegada a hemodinámica (siguiendo al paciente por los monitores vitales) como a la salida de la misma, sobre todo examinando el sangrado y el apósito.

Los cuidados de enfermería continuarán más adelante en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde personal experto seguirán la atención.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la unidad de hemodinámica se ha podido salvar vidas de pacientes, en lo que respecta tanto a nivel de enfermedad coronaria aguda, como es caso de un IAM, como el caso de enfermedades congénitas y otra serie de enfermedades.

En el caso de IAM, antes de existir en muchos hospitales esta unidad tan especial, no se les hacían estas técnicas y la mortalidad aumentaba. Al aparecer nuevas metodologías tanto de diagnóstico como de tratamiento, la mortalidad ha disminuido considerablemente.

Lo que actualmente se hace mediante una punción y catéteres especiales guiados por radiología intervencionista ha alcanzado uno de los éxitos importantes para la gran mayoría de los pacientes que han necesitado este tipo de asistencia.

El personal que trabaja en este servicio son personas bien entrenadas en esta materia para poder llevar a cabo un cuidadoso e intenso trabajo.

Al aumentar las patologías cardíacas, se ha tenido que hacer un estudio estadístico a nivel hospitalario, ya que algunas comunidades no disponían de esta unidad y era necesario derivar a los pacientes a otros hospitales para un estudio hemodinámico o el tratamiento propiamente dicho.

Al igual ocurre con la farmacología, el tratamiento para los pacientes coronarios ha avanzado lo suficiente como para poder llevar a cabo una prevención y una

curación de la enfermedad junto a este evolucionado sistema de diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Cirugía hemodinámica venosa en el tratamiento del síndrome varicoso. Angiología, 2003 – Elsevier.
2. Protocolo para el cateterismo radial en hemodinámica cardíaca. 2009 - deposit.ub.edu.
3. Tratamiento del síndrome coronario agudo en la implantación del Stent y código infarto... 2016 – Elsevier.
4. Sistema para la gestión de la información de los procedimientos Estudio Hemodinámico y Valvuloplastia del servicio de Hemodinámica. - 2015 - repositorio.uci.cu.
5. Enfermería de cuidados intensivos. Editorial: Edelvives 2018.

Capítulo 241

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA A UN PACIENTE

MARÍA DEL PRADO MOLINA CLEMENTE

ANA BELÉN FERNÁNDEZ RIVERA

ISABEL MATA ESCRIBANO

MARÍA ESTHER AGUILAR RUIZ

ESTER MORENO MORA

1 Introducción

El procedimiento de administración de enemas es la introducción de sustancias lavadoras líquidas en el tracto intestinal (colon) a través del recto con el objetivo de la evacuación de la materia fecal, su administración viene motivada por recomendación médica, con fines de diagnóstico y tratamiento.

El enema es muy utilizado cuando existe estreñimiento, este puede estar causado por diversos factores como una dieta baja en fibra, ingesta insuficiente de líquidos, vida sedentaria, debilidad muscular, estar encamado, tono disminuido del esfínter, algunos medicamentos y por la presencia de patologías y enfermedades.

La administración de enemas está contraindicada en los pacientes con patologías como hemorroides dolorosas, abscesos, fisuras, etc.; o con recientes intervenciones quirúrgicas en la zona. Los Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería (TCAE) son los profesionales que se encargan de la administración del enema. La administración de enemas es una práctica muy usual en pacientes ingresados en centros hospitalarios, ya que muchos de ellos permanecen bastante tiempo en la cama debido a sus dolencias, por lo que son propensos de sufrir estreñimiento y necesitan de ayuda externa para poder realizar la evacuación intestinal. También son necesarios antes de las colonoscopias e intervenciones quirúrgicas. Los enemas sólo se pueden administrar bajo prescripción médica ya que no son inocuos.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste la administración de enemas y sus motivos.
- Explicar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la administración de enemas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una exhaustiva revisión bibliográfica sobre literatura científica y existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultando artículos en las principales bases de datos con acceso abierto como Google académico, Pubmed y Scielo.

4 Resultados

La administración de un enema es el procedimiento que se sigue mediante la técnica de introducción de líquidos a través de una cánula lubricada en el recto con fines higiénicos, terapéuticos y de salud.

Actualmente, hay variedad de clases de enemas, pero los más usuales en los centros hospitalarios son:

- Enema de limpieza o evacuación: la solución del enema no se retiene en el recto sino que es expulsada por el paciente al cabo de unos minutos.
- Enema de retención: En este caso el paciente tiene que intentar retener de 25 a 30 minutos la solución para lograr una máxima absorción del medicamento,

estas soluciones pueden ser de diversos tipos según sea lo pautado por el personal facultativo: Medicamentoso (se administran fármacos sedantes y/o estimulantes), Oleosos (lubrican y protegen la mucosa del intestino), Alimenticios (se introducen sustancias con propiedades de nutrición), Antisépticos (destruyen bacterias y gérmenes), Antihelmíntico (eliminan ciertos parásitos albergados en el intestino).

- Enemas carminativos: Son utilizados para facilitar la expulsión de los gases intestinales, son conocidos como Lavativa de Harris.

La administración de soluciones por medio del enema está indicada con los siguientes objetivos y finalidades:

- Alivio del estreñimiento, estimulando el movimiento del intestino, para así causar la evacuación intestinal.
- Ablandar las heces y lubricar las mucosas el colon y recto, ayudando en la evacuación.
- Preparar al paciente para intervenciones de cirugías de diferentes índoles, pruebas diagnósticas y administración de medicamentos, limpiando recto y colon.
- Administración de medicamentos, fluidos y con nutrientes.

Para una correcta administración de enemas de limpieza a un paciente encamado, el TCAE necesitará: guantes desechables, gasas, lubricante acuoso, un sistema de irrigación o enema comercial completo, pie de goteo, empapadores, cuña, y material para la higiene perineal, como esponjas y toallas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando administremos un enema, debemos conocer el motivo del mismo, saber el estado del paciente y el resultado que se quiere obtener, aunque normalmente las causas por las que se administran son estreñimiento, oclusiones intestinales, obstrucciones, antes de una operación, etc. Los técnicos auxiliares de enfermería colaboran en la preparación y administración de lavativas así como en el seguimiento del proceso, cuando administre un enema deberá registrarlo en la historia del paciente, y dejando claro que clase de enema se le ha administrado al paciente, el tiempo que ha retenido la solución, la cantidad, consistencia y color de la efectividad del enema, los enemas siempre son bajo prescripción médica.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Técnica de administración de enema por parte del TCAE [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 5 de agosto

de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-administracion-de-enema-por-parte-del-tcae/>.

2. Para tener en cuenta. Vía rectal - Administración de medicación [Internet]. Sergas.es. [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://femora.sergas.es/Administracion-de-medicacion/A-destacar?idioma=es>.

3. TEMA 12. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE ENEMA [Internet]. Salusplay.com. [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-medico-quirurgicos/tema-12-tecnica-de-administracion-de-enema>.

Capítulo 242

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL LAVADO CORRECTO DE MANOS

ROCIO ROJO MERCHAN

MARIA MERCEDES BONALES LÓPEZ

SILVIA JOVER SABARIEGOS

JENNIFER PEREZ HERRERA

ELENA GÓMEZ PALOMO

1 Introducción

No somos conscientes de la infinidad de peligros a los que estamos expuestos, y de normal solo nos protegemos de los que podemos ver a simple vista, sin tener en cuenta otros que no se ven, pero son igual de peligrosos, me refiero a las enfermedades infectocontagiosas que son muy graves para la salud y se cogen sin poder verlas a través de nuestras manos.

Los profesionales sanitarios nos encontraremos expuestos a muchas enfermedades a lo largo de nuestra jornada laboral suponiendo un riesgo para nuestra salud y nuestro alrededor, por ello existe un protocolo para el correcto lavado de manos el cual debemos realizar a raja tabla para evitar contagiarnos de cualquier enfermedad y a nuestros familiares y pacientes.

Cuando realizamos el lavado de manos correctamente estamos eliminando la suciedad de nuestras manos, la flora y contaminación que vive en nuestra superficie cutánea.

Los TCAE seremos los que más tiempo pasamos con los pacientes y los que más funciones a realizar tenemos, por ello debemos insistir y ser constantes en el lavado de manos siguiendo el protocolo adecuadamente para evitar contagiar y contagiarnos.

Los seres humanos no éramos tan conscientes de esto hasta que apareció en 2020 el COVID, ahí la gente comprendió la importancia de un buen lavado de manos y a llevar consigo siempre gel hidroalcohólico para una buena desinfección de manos.

2 Objetivos

Exponer la importancia de que el TCAE conozca y dé a conocer a nuestro alrededor la importancia del lavado de manos, mantener un buen lavado de manos en cada momento, seguir el protocolo pautado para la buena higiene de manos, etc.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 bien he mencionado debemos conocer y hacer que nuestros pacientes y familiares conozcan la importancia que tiene un buen lavado de manos, a continuación nombraré y explicaré los diferentes tipos de lavados de manos que existen:

LAVADO HIGIÉNICO

Este lavado es el más habitual, en el que se usa agua y jabón para la eliminación de suciedad, se debe realizar al principio y final de la jornada laboral, también tendremos que realizarlo antes y después de estar con un paciente, de realizar cualquier ABVD con ellos, ya sea la comida, el aseo etc.

Como bien he mencionado con anterioridad, existe un protocolo para el lavado correcto de manos.

LAVADO CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA

Este tipo de lavado se puede usar cuando no tenemos a mano agua y jabón, ya que el gel hidroalcohólico es algo rápido y efectivo para desinfectar nuestras manos, para un mayor resultado sería combinar el lavado higiénico con el lavado con gel hidroalcohólico, para su uso correcto nos echaremos el gel en la palma de mano y lo extendemos entre ambas manos, dándole a las uñas, dedos, muñecas etc.

LAVADO QUIRÚRGICO

Cuando nos toca en quirófano el lavado de manos es algo más específico, también existe un protocolo para ello, este tipo de lavado debe durar mínimo 5 minutos. Además del lavado normal de manos, en el cual debemos lavar manos, dedos, uñas, nudillos, en el lavado quirúrgico debemos lavar antebrazos, codos, muñecas, etc.

LAVADO ANTISÉPTICO

Este tipo de lavados necesita para realizarlo usar povidona yodada, este lavado se usa para cuando vayamos a realizar un procedimiento invasivo al paciente, como es por ejemplo el poner una sonda vesical, también se debe usar para pacientes con un sistema inmunológico deprimido.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión debemos conocer la importancia del lavado de manos, y hacerle ver a nuestros pacientes, y familiares la importancia de una buena higiene de manos para evitar contagiarnos de cualquier enfermedad, hay muchos métodos de higiene para evitar enfermedades, pero el lavado de manos es uno de los más importantes y efectivo, ya que con ello podemos salvar muchas vidas.

Debemos seguir al pie de la letra el protocolo de los diferentes tipos de lavado de manos para una buena higiene de manos y evitar cualquier tipo de enfermedad contagiosa por las vías cutáneas ya que aunque no lo veamos se acumulan muchos patógenos en nuestras manos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/tcae-lavado-de-manos/#::text=Su%20uso%20m%C3%A1s%20habitual%20es%20para%20la%20realizaci%C3%B3n,deprimido%20es%20el%20lavado%20de%20manos%20m%C3%A1s%20indicado.>

Capítulo 243

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EXITUS DE UN PACIENTE

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

1 Introducción

El término "exitus" se utiliza en el ámbito médico para referirse al fallecimiento o muerte de un paciente. Es una palabra que proviene del latín y se ha adoptado en el lenguaje médico para describir de manera concisa y neutral el desenlace final de un paciente en un entorno de atención médica.

Se utiliza para comunicar de manera efectiva el fallecimiento de un paciente en contextos médicos y es parte de la terminología utilizada por los profesionales de la salud para describir y documentar eventos críticos en la atención médica. Es una expresión clara y concisa que ayuda a los profesionales a comunicarse de manera efectiva y respetuosa sobre un tema delicado como la muerte de un paciente.

El exitus puede ocurrir por diversas razones, como enfermedades graves, lesiones traumáticas, complicaciones médicas o condiciones crónicas avanzadas. Cuando

un paciente fallece, los profesionales de la salud a menudo registran la hora y la causa del exitus en el expediente médico del paciente. Esto es importante para documentar y comprender las circunstancias de la muerte, lo que puede ser relevante para la investigación médica, la evaluación de la calidad de la atención y la toma de decisiones médicas futuras.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en el éxito de un paciente.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el proceso de exitus de un paciente es de suma importancia para proporcionar un cuidado digno y respetuoso tanto al paciente como a sus seres queridos.

Aunque puede ser una situación emocionalmente difícil, las funciones del TCAE en este contexto son las siguientes:

- Apoyo emocional:

El TCAE debe brindar apoyo emocional a los familiares y amigos del paciente que enfrentan el proceso de exitus. Esto incluye escuchar sus preocupaciones, ofrecer consuelo y responder a preguntas con comprensión y empatía. La empatía y la compasión son esenciales para ayudar a las personas a sobrellevar este momento doloroso.

- Dignidad y respeto:

Es crucial garantizar que el paciente fallecido sea tratado con dignidad y respeto en todo momento. Esto implica mantener una actitud profesional, respetar las

creencias culturales y religiosas del paciente y sus seres queridos, y asegurarse de que el cuerpo se maneje con cuidado y delicadeza.

- Colaboración con el personal médico:

El TCAE colabora estrechamente con el personal médico, como médicos y enfermeras, para documentar el exitus del paciente y seguir los protocolos establecidos. Esto puede incluir tomar medidas específicas, como certificar el fallecimiento, completar formularios necesarios y garantizar que el cuerpo se prepare adecuadamente para su traslado a la morgue o el lugar designado.

- Manejo del entorno:

El TCAE se encarga de preparar la habitación del paciente después del exitus. Esto implica limpiar y desinfectar adecuadamente la habitación y garantizar que todas las pertenencias del paciente se manejen de acuerdo con los procedimientos establecidos y las preferencias de la familia.

- Comunicación con otros departamentos:

El TCAE se comunica con el personal de la morgue u otros departamentos encargados del manejo post-mortem del cuerpo, asegurando una transición fluida y respetuosa.

El TCAE desempeña un papel esencial en el proceso de exitus de un paciente al brindar apoyo emocional, garantizar el respeto y la dignidad, y colaborar en la documentación y el manejo adecuado del paciente fallecido. El enfoque principal debe ser proporcionar un ambiente de compasión y cuidado durante un momento delicado y difícil para la familia y el personal de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo las actividades tras el exitus de un paciente de manera respetuosa y efectiva, es crucial mantener la calma y la empatía en todo momento. En primer lugar, es fundamental comunicarse con los familiares y seres queridos del paciente con compasión y claridad. Ofrezca un espacio para que expresen sus emociones y preocupaciones, brindando apoyo emocional. Asegúrese de respetar las creencias culturales y religiosas de la familia durante este proceso.

En segundo lugar, es esencial seguir los protocolos médicos establecidos con precisión y respeto y colaborar estrechamente con el personal médico para documentar adecuadamente el exitus, cumpliendo con los procedimientos y formularios necesarios. Trate el cuerpo del paciente con delicadeza y asegúrese de que se prepare para su traslado o manejo post-mortem de acuerdo con las regulaciones y preferencias de la familia. En conjunto, mantener un enfoque compasivo y seguir los procedimientos con precisión son elementos clave para realizar un exitus de

manera respetuosa y profesional, brindando el apoyo necesario tanto a la familia como al paciente en este momento delicado.

6 Bibliografía

1. Lucas, M. A., Ponz, C. B., Segura, J. L. P., Puyal, A. C., Casanovas, P. H., Sánchez, M. C. M., ... & Folch, M. T. (2012). Factores de morbilidad postoperatoria tras cirugía laparoscópica por cáncer de colon en pacientes octogenarios. *Cirugía española*, 90(9), 589-594.

Capítulo 244

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE ENDOCARDIOGRAMA

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

1 Introducción

El endocardiograma es un procedimiento médico que permite la visualización detallada del endocardio, la capa interna del corazón. Se utiliza para evaluar la estructura y la función del corazón, así como para diagnosticar y monitorear una variedad de condiciones cardíacas.

Durante un endocardiograma, se introduce un catéter delgado y flexible en el sistema circulatorio del paciente, generalmente a través de una arteria o una vena en la pierna o el brazo. Este catéter se avanza cuidadosamente hacia el corazón bajo la guía de imágenes de rayos X en tiempo real. Una vez que el catéter está en posición, se puede inyectar un medio de contraste radiopaco para mejorar la visualización de las estructuras cardíacas en las imágenes de rayos X.

El endocardiograma puede ser útil para diagnosticar condiciones cardíacas como enfermedades de las válvulas cardíacas, defectos cardíacos congénitos, enfermedades de las arterias coronarias, y evaluar la función cardíaca general. Además, puede utilizarse en procedimientos terapéuticos, como la angioplastia coronaria con colocación de stent.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la realización del endocardiograma.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la realización de un endocardiograma es esencial para garantizar la seguridad y comodidad del paciente, así como para apoyar al equipo médico en este procedimiento especializado.

A continuación, se describen las funciones clave del TCAE en la realización de un endocardiograma:

- Preparación del paciente:

Antes del procedimiento, el TCAE debe preparar al paciente tanto física como emocionalmente. Esto incluye explicar el procedimiento con claridad, responder a preguntas y preocupaciones, y brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad del paciente.

- Preparación del equipo y sala:

El TCAE ayuda en la preparación del equipo necesario para el endocardiograma. Asegura que el catéter y otros dispositivos estén esterilizados y listos para su

uso. Además, prepara la sala de procedimientos, garantizando que esté limpia y equipada adecuadamente.

- Asistencia durante el procedimiento:

Durante el endocardiograma, el TCAE asiste al médico especializado en el procedimiento. Esto puede incluir la manipulación de cables y dispositivos, la administración de materiales necesarios y el monitoreo del paciente para detectar cualquier cambio en su estado.

- Vigilancia del paciente:

El TCAE mantiene una supervisión constante del paciente durante el procedimiento. Esto implica controlar signos vitales, observar cualquier reacción adversa o malestar, y comunicar de inmediato cualquier problema al equipo médico.

- Cuidado post-procedimiento:

Después del endocardiograma, el TCAE colabora en la atención postoperatoria. Ayuda a trasladar al paciente a su habitación, realiza controles regulares de signos vitales y brinda cuidados generales para garantizar su bienestar.

- Documentación y registro:

El TCAE es responsable de documentar adecuadamente el procedimiento, registrando datos como la hora de inicio y finalización, las dosis de medicamentos administrados y cualquier observación relevante sobre el paciente.

El TCAE juega un rol fundamental en la realización de un endocardiograma al preparar al paciente, asistir al equipo médico, vigilar al paciente y proporcionar cuidados posteriores. Su contribución garantiza que el procedimiento se realice de manera segura y eficiente, brindando un entorno de atención de calidad para el paciente y apoyando al equipo médico en este procedimiento especializado.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una buena realización de un endocardiograma como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es crucial enfocarse en la seguridad y el bienestar del paciente. Primero, establezca una comunicación empática con el paciente, explique el procedimiento con claridad y ofrezca apoyo emocional para reducir la ansiedad. Verifique que el equipo y la sala estén debidamente preparados y esterilizados.

Durante el procedimiento, mantenga una vigilancia constante del paciente, monitoree sus signos vitales y esté alerta ante cualquier signo de malestar. Colabore de manera efectiva con el equipo médico, siguiendo las instrucciones del médico especializado y asistiendo en la manipulación de equipos y dispositivos.

Después del procedimiento, brinde una atención postoperatoria cuidadosa y documente detalladamente todos los aspectos del procedimiento y la atención brindada al paciente. Mantener una actitud profesional, empática y centrada en el paciente es esencial para garantizar la seguridad y el confort del paciente durante todo el proceso de endocardiograma.

6 Bibliografía

1. Grazioli, G., Merino, B., Montserrat, S., Vidal, B., Azqueta, M., Pare, C., ... & Sitges, M. (2014). Utilidad del ecocardiograma en la revisión preparticipativa de deportistas de competición. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 701-705.

Capítulo 245

PAPEL Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) CON EL PACIENTE QUE SUFRE TRASTORNOS MENTALES

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

1 Introducción

El término de trastorno mental podríamos definirlo como una alteración sostenida en el tiempo del estado cognitivo, emocional y/o de comportamiento de un individuo en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, el lenguaje, el aprendizaje, etc.

Hay distintos tipos de trastornos mentales.

Existen tipos distintos de trastornos mentales como ansiedad, pánico, obsesivo-compulsivo, depresión, fobias, trastornos en el estado de ánimo, trastorno bipolar, de personalidad y alimentación, postraumático, psicóticos como la esquizofrenia.

El paciente con trastornos mentales tiene muchas necesidades, algunas más concretas que el TCAE debe tener en cuenta, porque es posible que se encuentre este tipo de pacientes en los servicios específicos y también en cualquier especialidad hospitalaria.

Los trastornos mentales pueden afectar a diversas áreas del paciente, como el control de sus impulsos, en su percepción de la realidad, en sus emociones, en su sexualidad, en sus relaciones interpersonales.

Los trastornos mentales pueden afectar a diversas áreas del paciente, como el control de sus impulsos, en su percepción de la realidad, en sus emociones, en su sexualidad, en sus relaciones interpersonales.

Para obtener un diagnóstico se incluyen los siguientes pasos: evaluación psicológica, respondiendo preguntas sobre su conducta, sobre sus pensamientos y sentimientos; un examen físico, con pruebas de laboratorio y su historia clínica.

2 Objetivos

- Explicar las posibles funciones del TCAE en relación con el cuidado de pacientes con trastornos mentales.
- Exponer la importancia de la formación adecuada para los TCAE que trabajan con pacientes afectados por trastornos mentales.

3 Resultados

El concepto de enfermedad mental, se puede definir como comportamientos desadaptados que no llegan a ningún resultado en concreto y asociados a la pérdida de libertad de quien la padece, que sufre un apartamiento de la realidad, así como un apartamiento de la sociedad que impide una capacidad para integrarse. Por el contrario, la salud mental, según la OMS sería la mejor situación posible de las circunstancias existentes de cada paciente, tanto físicas como psíquicas.

Existen muchos tipos de trastornos mentales, por ejemplo, trastornos de esquizofrenia, trastornos afectivos como la depresión, trastornos de la conducta, trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos, fobias, trastornos por abuso de sustancias, etc.

El TCAE es un personal cercano al paciente en la unidad de trastornos psiquiátricos, el fin será conseguir el bienestar físico y psíquico del paciente.

Entre los trastornos mentales podemos encontrar, por ejemplo, trastornos de la conducta, trastornos neuróticos, esquizofrenia, trastornos afectivos como la de-

presión, trastornos de la personalidad, fobias, trastornos por abuso de sustancias, etc.

El TCAE es un personal cercano al paciente en la unidad de trastornos psiquiátricos, el fin será conseguir el bienestar físico y psíquico del paciente.

El TCAE puede tener temor al conocer y trabajar con el paciente mental, cuando su patología sea muy severa.

Los pacientes son tratados mediante distintas estrategias que ofrecen cuidados, siempre se debe garantizando la intimidad del paciente, se le ayudará a mantener su autonomía,

En la relación con pacientes con trastornos mentales, el TCAE deberá considerar: Son pacientes sensibles, por lo que debe ser tranquilo y no ser brusco.

Se les proporcionará un trato que sea cálido y respetuoso.

El TCAE deberá controlar su propio estado emocional, porque puede influir en el cuidado de estos pacientes.

Las funciones del TCAE de forma general son:

- Acompañar y vigilar a los pacientes en la unidad, al entrar y salir a un espacio al aire libre, por ejemplo al patio, donde se pueden producir caídas.
- Ayudar al paciente que no pueda cambiarse de ropa o de pañal, ir al baño, ponerse el pijama de ingreso
- Recoger los efectos personales que proporcionan familiares o, si no existen familiares, las posibles asociaciones a las que pertenezcan.
- Supervisar a los pacientes que sean autónomos el tema de aseo e higiene, como puede ser su estancia en el baño, el lavado de manos y cepillado de dientes...
- Acompañar al paciente cuando tenga consulta médica.
- Con respecto a los hornos o neveras, controlar la temperatura.
- Mantener el orden adecuado de la unidad.
- Avisar si se produce algún desperfecto o incidencia que pueda provocar un accidente, siempre manteniendo en perfecto estado las instalaciones.
- Intentar resolver los problemas entre los internos o mediar en ellos.
- Revisar y leer las anotaciones o cambios en el libro de Enfermería por si hay consultas o salidas pendientes y órdenes médicas o de enfermería.
- Con respecto a los pacientes dependientes, ayudar en las comidas.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería por su situación cercana al paciente, en las unidades agudas de salud mental y en el resto de unidades hospitalarias, ya que se puede encontrar con pacientes con trastornos mentales en otras unidades distintas a la unidad de psiquiatría y estar ingresados en otra unidad

por requerir una asistencia sanitaria distinta, tiene un papel importante en el tratamiento y recuperación del paciente con trastornos mentales.

La figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en pacientes con trastornos mentales en las unidades psiquiátricas se centra en dos funciones muy importantes, son la función asistencial, serán todos los cuidados y atenciones que necesite el paciente de salud mental en el ingreso hospitalario y la función docente hacia la familia del paciente y entorno en el que se mueve, con la finalidad de estar al día con las terapias, ayudar al personal sanitario nuevo que se incorpora a la unidad, y enseñar técnicas y procedimientos a los profesionales sanitarios que estén en periodo de formación.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá estar formado y conocer los protocolos y forma de actuación para que el paciente que sufre trastornos mentales, reciba una atención de calidad que le permita la recuperación.

4 Discusión-Conclusión

Es importante la continuidad en la formación continuada del TCAE en materia de salud mental,

Deberá desarrollar sus funciones con los pacientes con trastornos mentales con buena actitud. Los trastornos mentales y al aumento de estos en número de casos, se convierte en un problema de la actualidad, el TCAE desarrolla un papel importante en la recuperación del enfermo con los cuidados y técnicas que le realiza al paciente que sufre trastornos mentales. Así los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias representan en la actualidad un problema el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales. Alrededor

5 Bibliografía

- 1.PAHO Pan American Health Organization. <https://www.paho.org>
- 2.Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Ed. Editex (2022)
- 3.Temario preparación de oposiciones TCAE de la editorial MAD
- 4.Psiquiatría y salud mental para auxiliares de enfermería. Ed. Formación continuada logoss. (2004)

Capítulo 246

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

VERÓNICA PLAZA MORENO

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

1 Introducción

Se considera trastorno alimentario a un grupo de trastornos que se caracteriza por alteraciones del pensamiento y la conducta en relación con la comida y el peso. Se pueden considerar como una línea que abarca desde la preocupación normal por el peso y el aspecto físico al desarrollo de un trastorno, en el que se corre grave peligro para la vida y alteraciones en todas las áreas del individuo, como pueden ser relaciones interpersonales, pensamiento, ánimo, funciones fisiológicas, actividad académica, profesional, etc.

Existen muchas personas se pueden preocupar por su salud, por su peso, su apariencia, tanto que en ocasiones algunas se fijan de forma excesiva, llegan a obsesionarse con la pérdida de peso, con la forma corporal, con los cánones de belleza impuestos por la publicidad y desadaptados a la realidad y así llegan al control de los alimentos que consumen. Estos pueden ser signos de un trastorno alimentario.

Los trastornos de la conducta de la alimentación pueden afectar la salud física y mental de quien los padece y, en algunos casos, hasta pueden poner en peligro la vida.

El tratamiento es crucial para que las personas pueden recuperarse por completo de estos trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la alimentación pueden afectar a personas de distintas edades, origen racial y étnico, peso corporal y género.

La higiene personal del paciente tiene como objetivo mantener la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es necesaria para la aplicación de antisépticos eficaces. También es fundamental para conseguir el bienestar del paciente y evitar o prevenir mayores complicaciones.

El TCAE junto con el Celador es el que se encargará de los aseos a los pacientes, es importante que el TCAE sepa exactamente que asistencia en higiene necesita el paciente, el aseo incluye: el cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidades bucales y nasales, ojos, oídos, regiones perineales y genitales. Los aseos se harán por la mañana. En este capítulo vamos a conocer dos tipos de aseos dependiendo si el paciente es independiente o si el paciente está encamado.

2 Objetivos

- Conocer qué son y poder detectar posibles trastornos de la conducta Alimentaria, los tipos que existen, los más conocidos y también los más actuales.
- Descripción de las intervenciones del TCAE en pacientes con trastornos de conducta 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 ha consultado artículos de

las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El Paciente con trastorno alimentario puede pasar a lo largo de su vida por diferentes tipos de conductas insanas, con diferentes etiquetas diagnósticas, existiendo preocupación patológica por la alimentación, el peso.

Es importante el análisis de los síntomas que presenta cada paciente.

Existen síntomas que no encajan en ninguno de los cuadros expuestos a continuación, pero producen un deterioro en la vida de la persona, consecuencia de la preocupación mórbida por la comida y el peso, estos son diagnosticados como trastorno alimentario no especificado.

Tipos de trastornos:

- Anorexia nerviosa

Predominan las conductas que limitan las cantidades, los tipos de alimentos, formas de cocinado o número de comidas, llegando incluso a hacer ayuno. La persona se encuentra dominada por el miedo a aumentar su peso, desea seguir adelgazando, se ve de manera distorsionada.

- Bulimia nerviosa

Hablamos de bulimia nerviosa cuando predominan los atracones acompañados de purgas: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes. Habitualmente se combinan con limitación de cantidades, tipos de alimentos o incluso ayuno en el período entre atracones.

Es difícil detectar este grupo de trastornos porque su peso suele mantenerse, ocultan los síntomas, sienten vergüenza.

Se debe comprender que no es un defecto de la persona, ni es una “falta de voluntad”: es un trastorno complejo en el que se debe analizar el estado emocional de la persona, su autoestima, formas de relacionarse, estrategias de afrontamiento...

- Trastorno por atracón

En este caso, el problema de la persona es la aparición de atracones. Decimos que un atracón, es la ingesta de alimentos en cantidades excesivas con sensación de descontrol, suele hacerse en un tiempo corto, pueden aparecer al final del día como forma insana de manejar el estrés.

Los trastornos alimentarios son muy complejos y nunca responden a una única causa. Es importante entender que influyen diferentes aspectos:

- Biológicos.- Se pueden deber a factores genéticos y alteraciones neurobiológicas. Las dietas hipocalóricas tienen un efecto sobre el cerebro que modifica los comportamientos y el estado físico y psicológico de la persona.

- Sociales: La sobrevaloración de la imagen y la delgadez, la exposición a modelos poco realistas, la asociación publicitaria de alimentación con emociones positivas, la promoción del consumismo desmesurado y la intolerancia a la frustración, la minusvaloración de la mujer, etc.

- Psicológicos: Detrás de los síntomas se encuentran normalmente una autoestima inestable, excesivamente dependiente de que consiga logros y/o aprobación, un excesivo perfeccionismo, problemas de autoafirmación en las relaciones personales, dificultades para la regulación emocional.

Algunas veces un suceso puede desencadenar el inicio del problema, como por ejemplo el fallecimiento de un familiar, pero ese suceso no es la causa: es sólo el disparador del problema.

La alimentación es un proceso vital para el ser humano. A través de ella, obtenemos los nutrientes y la energía que necesitamos. Debemos intentar que nuestra alimentación sea variada para obtener lo necesario de los distintos grupos de alimentos.

La cantidad de comida que tomemos a lo largo del día debe ser suficiente a las necesidades de cada persona, dependerá de la etapa de la vida en que se encuentre crecimiento, embarazo, lactancia... y de su actividad física.

Es recomendable hacer varias tomas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.

Una buena alimentación debe incluir:

- Frutas, verduras y hortalizas.
- Aceite de oliva virgen extra, frutos secos y semillas.
- Cereales integrales y tubérculos.
- Legumbres, carne, pescado y huevos.
- Lácteos preferiblemente fermentados.
- Agua como principal fuente de bebida.

Deben existir unos hábitos saludables, son aquellas acciones relacionadas con la alimentación, que se repiten a diario o con mucha frecuencia.

El abordaje inicial de este tipo de pacientes, cuando no existe riesgo biológico ni psiquiátrico, se realiza a nivel ambulatorio, pero cuando no se consigue alcanzar los objetivos planteados por los profesionales, se contempla la posibilidad de ser ingresado en la unidad de agudos, con el fin de recibir una atención más espe-

cializada en hospital, permitiendo así una mayor intensidad de la intervención del personal TCAE y así supervisión de comidas e implementación de pautas psicoeducativas en los diferentes aspectos del trastorno alimentario

El TCAE y el personal de enfermería tiene un papel importante en el proceso de detección de signos y síntomas de los TCA como: son amenorrea, la osteoporosis, retrasos del crecimiento, el descenso de los niveles de potasio en la analítica, etc. El TCAE tiene un papel importante en función preventiva, frente a los trastornos de conducta alimentaria, actuando como referente en ámbitos públicos.

Las características de los TCA y las consecuencias tan graves que a él se asocian. Signos de alarma que pueden hacer sospechar que existe un TCA en fase precoz:

Los pasos a seguir por el TCAE y personal de Enfermería con pacientes de TCA:

- Correcta identificación de las personas con riesgo de padecer TCA. Será necesario conocer: tipo de trastorno de conducta alimentaria, edad del paciente, nivel de gravedad y conciencia de enfermedad, así como estado físico y mental.
- Los pacientes con Anorexia nerviosa se hará, registro de ingesta diaria, nivel de hiperactividad, uso de laxantes y/ diuréticos, registro del peso.
- En pacientes con Bulimia Nerviosa, estudio de presencia o cese de atracones, purgas, control de autoconsumo de fármacos, control de posibles recaídas.
- Información e instrucción de familiares que conviven con el paciente, con el fin de que conozcan como intervenir para saber qué hacer o no en función del curso de la enfermedad.

Los trastornos de conducta alimentaria suelen afectar a la población adolescente, aunque actualmente se está ampliando la edad de aparición. Esto lleva a complicaciones a nivel físico, psicológico y social.

La causa exacta de que una persona sufra trastornos de la conducta alimentaria no se conoce completamente, sin embargo, pelas investigaciones sugieren que hay una combinación de factores genéticos, factores biológicos, factores conductuales, factores psicológicos y factores sociales puede aumentar el riesgo de tener este tipo de trastornos.

Las causas que pueden facilitar un diagnóstico precoz es fundamental para aumentar la eficacia de los tratamientos y favorecer la evolución de los síntomas físicos, psiquiátricos y psicológicos en la que el personal sanitario que incluye al técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención primaria así como en las unidades hospitalarias de agudos.

Los trastornos de la conducta alimentaria y las consecuencias tan graves que a él se asocian a este trastorno hacen que la el diagnóstico precoz y el tratamiento

sea clave para favorecer la recuperación del paciente que lo sufre.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, debe tener un refuerzo de conductas positivas. Aumentar del grado de empatía y confianza.

Será determinación en la evolución del paciente psicológica, social y afectiva.

Ayuda del mantenimiento de una postura firme sin realizar críticas ni menosprecio.

Integración de los familiares en el día a día, asesoramiento y seguimiento personalizado.

Para mejorar los problemas asociados a los trastornos de conducta alimentaria es necesario ser asertivo.

Aprender a diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y pasivas que pueda tener el paciente en distintos momentos del ingreso hospitalario.

Promover la expresión de pensamientos y sentimientos tanto positivos como negativos.

Ayudar a que los pacientes distingan entre pensamientos y realidad.

Reforzar las conductas positivas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante el papel del equipo multidisciplinar de atención primaria y hospitalaria, así el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un profesional por su cercanía al paciente, observando y ayudando al paciente con trastornos de la Conducta alimentaria.

Será de suma importancia el refuerzo de conductas positivas, aumentando la empatía y confianza del técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería con el paciente, sin perder la objetividad y manteniendo una postura firme, sin realizar críticas ni menosprecio. Los trastornos alimenticios aumentan por el grado de exigencia, publicidad exigente y poco realistas, el trabajar la frustración y la maduración emocional es clave para combatir estos trastornos.

6 Bibliografía

1. Consejería de Sanidad Castilla la Mancha. <https://sanidad.castillalamancha.es/trastornos-alimentarios>.
Consejería de Sanidad Castilla la Mancha
2. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html>.
3. Trastornos de la conducta alimentaria ,guías y protocolos.

Capítulo 247

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

RAFAELA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARÍA INMACULADA SÁNCHEZ DE LAS HERAS POLO

MARÍA JOSÉ SERRANO RUEDAS

HELENA LÓPEZ SÁNCHEZ

VERÓNICA PLAZA MORENO

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en el hospital, el auxiliar de enfermería va a ser la persona encargada de recibirlo, acompañarle hasta la habitación o unidad del paciente que le ha sido asignada, explicándole si es individual o compartida y dejarle cómodamente instalado. También será el responsable de la higiene del paciente durante el tiempo que permanezca ingresado, así como de mantener la cama en condiciones idóneas para facilitar su comodidad.

La higiene personal del paciente tiene como objetivo mantener la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de

la piel es necesaria para la aplicación de antisépticos eficaces. También es fundamental para conseguir el bienestar del paciente y evitar o prevenir mayores complicaciones.

El TCAE junto con el Celador es el que se encargará de los aseos a los pacientes, es importante que el TCAE sepa exactamente que asistencia en higiene necesita el paciente, el aseo incluye: el cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidades bucales y nasales, ojos, oídos, regiones perineales y genitales. Los aseos se harán por la mañana. En este capítulo vamos a conocer dos tipos de aseos dependiendo si el paciente es independiente o si el paciente está encamado.

2 Objetivos

- Exponer los distintos tipos de aseos que realiza el TCAE.
- Explicar el material que hay que preparar para el aseo del paciente y los pasos seguir durante el aseo.

3 Resultados

Antes de proceder al aseo, el TCAE preparará el material para aseo del paciente, que será el siguiente: jabón líquido neutro o esponja jabonosa, palanganas con agua caliente, equipo de aseo bucal, peine o cepillo, tijeras de punta roma, colonia, loción o crema hidratante, cuña, toda la ropa necesaria, ropa de baño (2 toallas grandes y 2 pequeñas), ropa para el paciente (camisón o pijama) y ropa de cama (bajera, entremetida, empapador, encimera, manta, colcha, almohadón y funda de almohada) y las bolsas de sucio.

Aseo de Pacientes Independientes:

Es el procedimiento que se realiza en aquellos pacientes que pueden levantarse. El paciente se ocupa de sus actividades de aseo, aunque puede llegar a necesitar una ayuda mínima del personal sanitario, que fomentará su autocuidado.

Antes de que el Paciente vaya a asearse hay que tener una serie de cosas en cuenta:

- Mantener la temperatura del ambiente entre 22-25 °C.
- Tener en cuenta medidas de seguridad, como indicar dónde está el timbre para avisar en caso de emergencias o usar barandillas.
- Aconsejar al paciente que no cierre la puerta del baño por dentro.

Procedimiento del Aseo en Pacientes Independientes:

1. Comunicar al paciente que es necesario ducharse.
2. Preparar el equipo necesario y colocarlo en una silla al alcance del paciente.
3. Tras asegurarse de que tiene todo lo necesario a mano, si el paciente no necesita ayuda, el auxiliar puede dedicarse a otras tareas, como realizar la cama, pero sin dejar de estar pendiente de él.
4. Al terminar, recoger el equipo y acompañar al paciente a la habitación.

Aseo de Pacientes Encamados:

Este es el aseo que se realiza en aquellos pacientes que, conservando o no la movilidad, deben permanecer en la cama. Antes de proceder al aseo, el TCAE tiene que tener en cuenta esta serie de cosas:

- Mantener la temperatura del ambiente entre 22 y 24 °C.
- Evitar corrientes de aire.
- Para que el paciente tenga más intimidad, aislarle mediante un biombo o una cortina.
- Tener especial cuidado cuando la persona experimente dolor o esté afectado de alguna parte del sistema osteomuscular, tenga alguna cirugía reciente, exista pérdida o trastorno de la conciencia y cuando el paciente tenga sonda o drenaje.
- Solicitar la colaboración del paciente durante su aseo personal para potenciar así su autonomía.
- El lavado en cama se hará rápido para evitar que el paciente se enfríe. Los movimientos deben ser suaves y precisos.
- El afeitado se realizará después del aseo. Si el paciente no puede hacerlo lo hará el peluquero, los familiares o el personal de enfermería.
- Para secar las extremidades se aplican pequeños toques con la toalla en sentido ascendente, lo que estimulará la circulación venosa.
- Además de masajear la espalda, sobre las zonas de presión del cuerpo como los codos, el sacro, los talones, etc., se pueden realizar fricciones.

El procedimiento para el aseo de los pacientes que están encamados es el siguiente:

1. Saludamos al paciente, le explicamos el procedimiento y le pedimos su colaboración.
2. Situamos el equipo junto a la cama del paciente.
3. Nos colocamos los guantes
4. Frenamos la cama, la colocamos en horizontal, y la elevamos.
5. Preservamos la intimidad del paciente colocando un biombo o una cortina.
6. Hay que valorar la capacidad del paciente y decidir el nivel de ayuda que requiere.
7. Colocamos al paciente en decúbito supino.

8. Retiramos la colcha y la manta, si se van a volver a utilizar las doblamos y las colocamos en el respaldo de la silla, y si no se echarían a lavar.
9. Si la sábana encimera no está sucia, la aflojamos y la dejamos sobre el paciente doblándola para que no cuelguen los bordes y no estorbe mientras hacemos el aseo. También puede colocarse una toalla de baño o una manta de baño como sustituto de la sábana encima. No dejar nunca al paciente totalmente descubierto.
10. Si la sábana bajera estuviera muy sucia, se coloca una manta de baño bajo el paciente.
11. Desnudamos al paciente e introducimos la ropa en la bolsa de sucio. En caso de que tuviera traumatismo en la extremidad, debe ser el miembro afectado el último en desvestirse. Vamos descubriendo zona a zona según vayamos lavando.
12. Empezamos por los ojos, la cara, las orejas, el cuello y los hombros.
13. Continuamos con los miembros superiores. La secuencia a seguir es: enjabonado-aclarado-secado, siguiendo siempre el orden de limpio a sucio y de arriba abajo. Incidir de forma especial en los dedos y los pliegues interdigitales. El orden es: brazo, axila y manos. Se le acerca la palangana a la cama al paciente para que pueda lavarse las manos.
14. Continuamos por el tórax.
15. Seguimos con el abdomen con el mismo procedimiento, insistiendo en la zona umbilical, en los pliegues y en la púbica.
16. Miembros inferiores. Si es posible o su estado lo permite, se flexionan las rodillas del paciente para facilitar la limpieza de las piernas, después los pies, aclarar y secar.
17. Espalda. Se coloca al paciente en decúbito lateral y se le lava la espalda desde la nuca a los glúteos. Tras el aclarado y secado, observamos el estado de la piel. Se le da un masaje con crema o aceite para activar la circulación y prevenir las UPP. Este masaje estará contraindicado ante los primeros síntomas de eritema persistente.
18. Genitales y nalgas, si el paciente puede participar en el aseo de sus genitales le facilitaremos los útiles necesarios, si no es así lo hará el auxiliar.
19. A continuación, cambiar la ropa de cama inferior, colocarlo en decúbito supino y vestir al paciente con camisón o pijama. Si tuviera una perfusión intravenosa, empezamos a vestirle por el brazo donde tiene la perfusión, metiendo primero la botella de suero por la manga del pijama o camisón y a continuación el brazo, teniendo siempre mucho cuidado con la perfusión.
20. Peinar al paciente, Echarle colonia.
21. Comprobar el estado de las uñas. Limpiarlas y cortarlas si fuera necesario.
22. Hacer la cama y acomodar al paciente.

23. Recoger todo el material, la ropa sucia y dejar la habitación ordenada.
24. Despedirnos del paciente, retirarnos los guantes y lavarnos las manos.
25. Anotar las incidencias e informar de los signos observados durante el baño.

4 Discusión-Conclusión

La higiene personal es uno de los cuidados más importantes que debe afrontar el paciente durante su estancia hospitalaria. La higiene conlleva múltiples beneficios para el paciente, entre ellos mantener la piel limpia e hidratada, prepararla para posteriores tratamientos, conseguir un estado de bienestar y prevenir o evitar complicaciones. Por ello se convierte en un reto para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Es parámetro indicativo de la calidad asistencial.

El Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería es importante que conozca los pasos que se han de seguir para realizar correctamente las tareas de higiene y aseo del paciente, teniendo en cuenta las características de la persona, entre ellas está si es encamado o es independiente.

5 Bibliografía

1. El aseo del paciente por la TCAE
/ TCAE - Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería / 29/11/2022. <https://revistamedica.com/aseo-paciente-actividad-tcae/amp/>
2. Funciones Del TCAE en el aseo de un paciente encamado
/ TCAE - Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería / 28/12/2021. <https://revistamedica.com/actividades-tcae-aseo-encamado/amp/>
3. Importancia de la actuación correcta de TCAE en la higiene de un paciente encamado.
21 diciembre 2020. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-actuacion-correcta-de-tcae-en-la-higiene-de-un-paciente-encamado/>
4. La importancia de la higiene del paciente. Union Medical. Mayo 2021. <https://um.com.co/blog/la-importancia-de-la-higiene-del-paciente/>

Capítulo 248

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE FARMACIA

LAURA MARTINEZ BENEITEZ

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es una unidad dentro de la farmacia que se encarga de la gestión y el suministro de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito hospitalario. Se centra en garantizar el correcto uso de los medicamentos, la seguridad del paciente y la optimización de la terapia farmacológica. El farmacéutico hospitalario es el profesional que se encarga de realizar esta función.

El concepto de farmacia hospitalaria engloba diferentes áreas de actuación. Una de ellas es la dispensación de medicamentos, tanto a pacientes ingresados como a aquellos que reciben tratamiento ambulatorio. El farmacéutico hospitalario se encarga de verificar las prescripciones médicas, proporcionar información y educación al paciente acerca de la correcta administración de los medicamentos y realizar el seguimiento de la terapia farmacológica.

Además, la farmacia hospitalaria se encarga de la adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos necesarios en el hospital. Esto incluye la gestión del inventario, la supervisión de las fechas de caducidad y el control de la calidad de los productos farmacéuticos.

La farmacia hospitalaria también desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente. El farmacéutico colabora en la prevención y detección de errores

de medicación, realiza seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos y participa en la elaboración de protocolos de seguridad y gestión de riesgos. Además de estas funciones, la farmacia hospitalaria contribuye a la investigación y la docencia. El farmacéutico hospitalario participa en proyectos de investigación clínica, colabora en la formación de otros profesionales de la salud y brinda apoyo en la realización de estudios y ensayos clínicos.

2 Objetivos

Conocer las distintas funciones del TCAE en la unidad de farmacia 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 tales como PubMed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando los artículos relacionados con el tema a estudiar.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña diversas funciones en la farmacia hospitalaria, en colaboración con el farmacéutico y otros profesionales de la salud. A continuación, se describen algunas de las funciones principales del TCAE en este entorno:

- Recepción y almacenamiento de medicamentos: el TCAE puede recibir los suministros farmacéuticos, verificar su correcta recepción y almacenarlos adecuadamente en el área designada. Esto incluye asegurarse de que los medicamentos se encuentren en condiciones óptimas, controlar las fechas de caducidad y mantener un inventario actualizado.
- Preparación y distribución de medicamentos: el TCAE puede colaborar en la preparación de las dosis de medicamentos para su posterior dispensación. Esto puede implicar contar, etiquetar o empaquetar medicamentos siguiendo las instrucciones y pautas establecidas por el farmacéutico. También puede participar en la distribución de los medicamentos a las unidades o áreas correspondientes del hospital.

- Apoyo en la dispensación de medicamentos: bajo la supervisión del farmacéutico, el TCAE puede colaborar en la dispensación de medicamentos a los pacientes. Esto puede incluir la preparación de los medicamentos según las prescripciones médicas, etiquetado de las dosis y proporcionar información básica al paciente sobre su correcta administración
 - Reposición de stock: el TCAE puede realizar la reposición de medicamentos y otros suministros en las áreas de almacenamiento o en las unidades del hospital. Esto implica asegurarse de que los medicamentos estén disponibles en cantidad suficiente y en el lugar adecuado para su uso oportuno.
 - Mantenimiento de registros: el TCAE puede colaborar en la documentación y mantenimiento de registros relacionados con la gestión de medicamentos. Esto puede incluir el registro de las dosis administradas, la reposición de stock y cualquier otra información relevante para la trazabilidad y seguimiento de los medicamentos.
 - Control de inventario: el TCAE puede ayudar en el control del inventario de medicamentos y suministros farmacéuticos. Esto implica llevar un registro preciso de las existencias, controlar las fechas de caducidad y notificar al farmacéutico sobre cualquier escasez o necesidad de reabastecimiento.
- Es fundamental destacar que todas estas funciones se realizan bajo la supervisión y la dirección del farmacéutico, quien tiene la responsabilidad final de la gestión y dispensación de los medicamentos en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Para un correcto funcionamiento de la farmacia hospitalaria es importante mantener una comunicación efectiva y una coordinación estrecha entre el equipo de farmacia, el personal médico y de enfermería. Esto conlleva la colaboración y el intercambio de información, así como establecer canales de comunicación claros y eficientes. Además, es imprescindible seguir los protocolos y procedimientos establecidos, garantizar la integridad y seguridad de los medicamentos, y mantener un control riguroso del inventario. Es imprescindible, que exista una cultura de seguridad en la que se apoye la notificación y el análisis de eventos adversos o errores de medicación. Al ser una prioridad la comunicación, la coordinación y la seguridad, se conseguirá un funcionamiento correcto de la farmacia hospitalaria, además de mejorar la calidad de la atención farmacéutica y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

Importancia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la farmacia hospitalaria. (2022, June 17). III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” <https://congresosicepa.com/tcae-farmacia-hospitalaria/>

Ocronos, R. (2023, June 3). El Técnico en Farmacia Hospitalaria: Competencias y funciones en el entorno hospitalario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tecnico-farmacia-hospitalaria-competencias-funciones/>

Capítulo 249

TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES TERMINALES. CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

La ley orgánica 3/2021, de 24 marzo, de regulación de la eutanasia, tiene por objeto regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento a seguir y las garantías que tiene que tener este procedimiento.

La eutanasia tiene que pedirla el propio paciente por escrito y por duplicado.

Será un médico que se le asignara al paciente, quien le facilite información sobre su enfermedad, los posibles tratamientos paliativos y cada uno de los servicios que tendría acceso, incluyendo la información de la ayuda a morir.

2 Objetivos

Exponer e indicar el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes terminales y cuidados paliativos 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

Comenzaremos definiendo algunos términos importantes como:

Enfermo terminal: es que tiene una enfermedad que no puede curarse ni tratarse apropiadamente y se espera, la muerte en un periodo corto de tiempo.

Cuidados paliativos: cuidados que procuran una asistencia activa y continuada de los pacientes y su familia cuando no hay posibilidad de curación. El fin es proporcionar el bienestar al paciente y su familia sin alargar la vida. Se dará apoyo físico, psicológico y espiritual al enfermo y su familia.

Eutanasia: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de la eutanasia es "el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar".

El equipo sanitario que tiene a su cargo un paciente con una enfermedad terminal, tiene que trabajar en equipo, para proporcionar al enfermo una atención tanto física como emocional para conseguir una buena calidad de vida y confort.

Procuraremos un ambiente relajado, para facilitar el descanso del paciente, animaremos a la familia y al paciente para que mantengan buena comunicación entre ellos, esto les ayudará emocionalmente a ambos.

El TCAE tiene que facilitar al paciente con enfermedad terminal, unos cuidados de acuerdo con sus necesidades.

La higiene debe de ser diaria y siempre que el enfermo lo necesite, procurando secar bien la piel y muy minuciosamente los pliegues, concluyendo con una buena hidratación, así evitaremos que aparezcan úlceras.

El cuidado de la boca, es muy importante, debemos informar al paciente de la importancia de realizarlo varias veces al día y si el enfermo no pudiera, sería el

personal sanitario quien lo realiza.

Siempre que el enfermo lo tolere, le animaremos a levantarse.

Si el enfermo estuviera encamado, procuraríamos cambiar las sabanas siempre que sea necesario, pero al menos cuando se realiza el aseo de la mañana.

Todos los cuidados que se realizan al paciente se harán procurando reservar su intimidad.

La alimentación se adaptará dependiendo de la tolerancia y adaptándola a las necesidades del enfermo.

Al igual que se presta atención a las necesidades físicas, debemos prestar atención a las necesidades emocionales del paciente, debemos hablarle clara y tranquilamente para que nos entienda, que tenga confianza en nosotros. El paciente terminal tiene miedo, debemos dejarle que exprese sus emociones, sus sentimientos, hacerle ver que nos interesamos por sus inquietudes, que se sienta valorado positivamente, respetaremos sus creencias y valores.

El equipo sanitario trabajará para prestar una atención íntegra y de calidad al enfermo terminal.

Las familias de enfermos terminales pueden tener diferentes reacciones emocionales que compliquen la relación familia-profesional, como pueden ser cólera, ira, miedo e incluso puede esta situación desencadenar una depresión, sobre todo al cuidador principal.

Podemos decir sin miedo que la muerte es el mayor temor de los seres humanos.

La muerte es algo natural, es el final del ciclo de la vida y se debe afrontar con dignidad.

El personal de enfermería está cualificado para ayudar al enfermo terminal y su familia en los últimos momentos.

5 Discusión-Conclusión

El ser humano nunca está preparado para afrontar una enfermedad grave que puede desarrollarse con dolor y sufrimiento y que el final sea la muerte.

El personal de enfermería que tienen a su cargo enfermos terminales, debe de ser un equipo cualificado, para poder resolver cualquier emergencia que surja en el cuidado del paciente. El personal sanitario es el más tiempo convive con el paciente y su familia durante su estancia en el hospital, por ello debe de tener empatía, mostrar seguridad en el trabajo, puesto que tanto la familia como el paciente terminal ven en el personal un apoyo firme, para resolver dudas y miedos, un apoyo emocional, puesto que el paciente afronta su propia muerte y la familia su pérdida.

6 Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. Cuidados paliativos. [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [Citado 11/7/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/9>.
2. Arpita Rojas am. bioética en la enseñanza de los profesionales de ciencias de la salud. red mes ha red 2019; 30(2): 126-128. [links]dotal/palliative-care.
3. Cañamares Arribas s. (2016). La reciente jurisprudencia del tribunal de Estrasburgo y del tribunal supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. Revista española de derecho constitucional, 108, 337-356comunitaria de salud.
4. Esteban-Pérez M, Fernández-Ballart J, Boira-Senlí R, et al. Concordancia entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, con enfermedad avanzada o al final de la vida mediante un modelo de abordaje de la complejidad. Med paliat. 2018;25:236-44. Med Paliat. 2015;22:69.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
7. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 250

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

Una intervención quirúrgica o cirugía es un procedimiento médico en el cual se realiza una serie de manipulaciones y acciones sobre el cuerpo de un paciente con el objetivo de diagnosticar, tratar o corregir una enfermedad, lesión o condición médica.

Todos los miembros que forman el equipo multidisciplinar sanitario que participa en la intervención, son de vital importancia para que el paciente se encuentre tranquilo y todo el procedimiento hasta su salida del hospital sea lo más tranquila y correcta posible. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como miembro del equipo quirúrgico, juega un papel muy importante en coordinación

con el equipo de enfermería. Siempre estará supervisado por este equipo sanitario y dará apoyo en toda tarea que sea requerida, así como en sus propias funciones que son bastante numerosas.

2 Objetivos

Conocer qué es una cirugía o intervención quirúrgica.

Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en quirófano o postoperatorio en pacientes operados quirúrgicamente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en internet sobre qué es una cirugía o intervención quirúrgica, conocer sus complicaciones y las funciones que tiene el TCAE en este tipo de procedimientos. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante la intervención, se pueden realizar incisiones en la piel para acceder a órganos o tejidos internos, realizar reparaciones, extracciones o inserciones de dispositivos médicos. Este procedimiento se realiza en la unidad de quirófano bajo unas condiciones y requisitos para garantizar la seguridad y el éxito de la operación:

1. Un personal sanitario multidisciplinar que esté formado correctamente, entrenado y compenetrado en todo momento.
 2. Un quirófano totalmente equipado, limpio y esterilizado, con los materiales, instrumental y equipos necesarios. Siendo esto fundamental para que no haya ningún tipo de problema e infección durante la intervención.
 3. Medidas de seguridad extremadamente controladas y garantizadas para la tranquilidad tanto del enfermo como de todo el personal que en él se encuentra.
- Después de la cirugía o intervención quirúrgica, el paciente es trasladado a la sala de recuperación, donde es monitorizado con bastante vigilancia para que la

recuperación sea correcta y no tenga problemas tras los efectos de la anestesia y de la propia cirugía en sí.

Las principales funciones que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña como parte del equipo quirúrgico son:

1. Atención al paciente en todas sus necesidades, desde su ingreso hasta su alta.
2. Preparación del quirófano para la intervención quirúrgica: antes de la cirugía, el TCAE se encarga de preparar el quirófano, asegurándose de que esté limpio, organizado y equipado con todo lo necesario para el procedimiento. Realizando así la desinfección, limpieza, acondicionamiento y reposición de las distintas estancias que forman la unidad de quirófano para la intervención quirúrgica.
3. Ayuda en la colocación y movilización del paciente en la mesa quirúrgica, asegurándose de que está cómodo y en una posición correcta según el equipo médico para la intervención.
4. Asistencia en la entrega de instrumentos y al cirujano durante la intervención: durante la cirugía, el TCAE entrega los instrumentos y materiales necesarios al cirujano y al equipo médico de acuerdo con sus requerimientos. Además, ayudará si fuera necesario durante la cirugía haciendo tareas como la sujeción de tejidos, aspiración de fluidos, etc.
5. Aplicar el protocolo de esterilización que debe seguirse y ayudará a que este se cumpla con el material y equipo quirúrgico, asegurándose en todo momento que esté libre de contaminación antes de su uso en la intervención.
6. Control de signos vitales a través de monitoreo y registro de frecuencia cardíaca, presión arterial y la saturación de oxígeno.
7. Traslado y recuperación del paciente tras la cirugía: el TCAE ayudará en el traslado del paciente a la sala de recuperación y continuará con sus labores de apoyo y cuidado durante la fase de recuperación postoperatoria.
8. Informar y ayudar a prepararse al paciente en todos los procedimientos que se llevarán a cabo a lo largo de todo el proceso e informar y tranquilizar a la familia de este.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial durante una cirugía, proporcionando apoyo y asistencia al equipo médico y al paciente desde el momento de la llegada al hospital hasta su salida. Es importante destacar que el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, especialmente con el personal de enfermería y el cirujano, para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante toda la cirugía.

Resulta primordial que los TCAE dispongan de la formación y preparación correcta para poder desempeñar sus funciones en la unidad de quirófano adecuadamente y garantizar junto con el resto de personal sanitario la seguridad y viabilidad de la intervención que tenga que realizarse.

6 Bibliografía

1. Funciones del personal TCAE en quirófano [Internet] [Citado 4 mayo 2021] Disponible: <https://daeformacion.com/blog/funciones-tcae-quiropfano/>.
2. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al paciente quirúrgico en el proceso preoperatorio. [Internet] [Citado 4 octubre 2022] Disponible: <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidadosauxiliares-enfermeria-preoperatorio/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 251

EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE CON ANESTESIA GENERAL

MANUELA RAMOS PAREJO

MÓNICA SÁNCHEZ DOS SANTOS

MARÍA DEL PRADO CONCEPCION CALVO RAMIREZ

MARIA CONCEPCION OLIVAS SIMARRO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

La anestesia general es la combinación de medicamentos que hacen que el paciente se encuentre en un estado similar al sueño y se realiza antes de una cirugía o cualquier otro tratamiento médico en el que debemos evitar que el cuerpo sienta dolor, ya que el paciente se encuentra totalmente inconsciente. Durante la anestesia general, el paciente está en un estado de sueño profundo y no tiene conciencia de lo que sucede a su alrededor, por este motivo, el equipo médico puede realizar el procedimiento de manera segura sin que sienta dolor o malestar.

La anestesia general actúa en el cuerpo del paciente para lograr la inconsciencia y la inmovilidad, lo que permite al cirujano acceder a los órganos necesarios

durante la cirugía u otros procedimientos invasivos. Este tipo de anestesia también puede ser utilizado en situaciones que requieren un período prolongado de tiempo sin que el paciente esté consciente.

Es importante destacar que la anestesia general es un procedimiento seguro y efectivo cuando es administrada por personal médico capacitado en un entorno controlado. Sin embargo, como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas con la anestesia general, por lo que es crucial que ayuden y colaboren en el proceso un equipo multidisciplinar sanitario. En este caso, observaremos la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con anestesia general.

2 Objetivos

- Conocer los principales aspectos de la anestesia general.
- Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los pacientes con anestesia general.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en internet sobre los pacientes con anestesia general y sobre las funciones que tiene el TCAE en este tipo de cuidados. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El procedimiento de anestesia general generalmente se lleva a cabo por un anestesiólogo o un médico especializado en anestesiología, es importante que la persona esté especializada para que la administración de los medicamentos sea correcta a través de una vía intravenosa o mediante inhalación de gases anestésicos. Durante el procedimiento, el paciente es monitorizado de cerca para asegurarse de que sus signos vitales se mantengan estables y para detectar cualquier complicación potencial que pueda surgir a lo largo del proceso.

Durante el proceso de recuperación de la anestesia, el TCAE trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para garantizar que el paciente tenga una recuperación segura y sin complicaciones. Algunos de los cuidados que el TCAE proporciona al paciente con anestesia general son los siguientes:

- Monitorización, observación y vigilancia del paciente. El TCAE está atento a la monitorización del paciente en la sala de recuperación, observando sus signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno para asegurarse de que estén dentro de los rangos normales. Si algo fuera mal, tendrán que avisar al equipo médico para intentar solucionarlo. El TCAE brinda asistencia y apoyo al paciente mientras se despierta de la anestesia, manteniéndolo tranquilo y proporcionando consuelo si es necesario.
- Ayudará en la movilización y en la posición correcta del paciente anestesiado. Durante la recuperación, el TCAE ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda y segura en la cama, y asiste en la movilización y cambios de posición si es necesario para una mayor comodidad y que la administración de la anestesia sea la mejor posible.
- Control del dolor tras la operación quirúrgica o tratamiento invasivo. Bajo la supervisión del personal de enfermería, el TCAE puede administrar medicamentos para el control del dolor según las indicaciones médicas, una vez terminada y despertado el paciente de la anestesia general.
- Vigilancia de que las sondas y drenajes estén bien. Si el paciente tiene sondas o drenajes, el TCAE supervisa su funcionamiento y realiza cuidados básicos como el vaciado de drenajes según las indicaciones. Para garantizar la seguridad en todo momento del paciente.
- Atención y apoyo en la alimentación y la nutrición. Si el paciente ha sido sometido a cirugía gastrointestinal o que afecte a la alimentación y/o nutrición del paciente, el TCAE puede colaborar en la administración de líquidos y alimentos según las pautas del equipo médico.
- Registro y documentación de las observaciones y cuidados proporcionados al paciente durante su recuperación.
- Comunicación y apoyo con el paciente. El TCAE se comunica con el paciente para explicar los cuidados que se están proporcionando y brinda información sobre los próximos pasos en su proceso de recuperación. Además, le muestra su apoyo emocional en caso de que fuera necesario para que vea que el proceso es sencillo y no ha tenido ninguna complicación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que los cuidados del TCAE en pacientes con anestesia general se llevan a cabo bajo la supervisión del personal de enfermería y el equipo médico tratante, puesto que este personal está especializado en este procedimiento. El TCAE trabaja en conjunto con el equipo para asegurar una recuperación óptima y segura del paciente y proporcionar un entorno de cuidado y apoyo durante esta etapa postoperatoria tras la anestesia general.

La anestesia general afecta a todo el cuerpo del paciente y hace que se duerma por completo. Normalmente, es un procedimiento muy seguro y para ello deberá realizarse una entrevista previa al paciente para valorar cualquier posible riesgo que pueda surgir en esta práctica. Tras la anestesia general, además, el paciente se sentirá confuso y atontado. Será labor del TCAE orientarle y hacerle sentir seguridad y confianza en todo momento.

6 Bibliografía

1. Monedero, P., Paz-Martín, D., Cardona-Pereto, J., Barturen, F., FernándezQuero, L., Aguilera-Celorrio, L., ... & Valía, J. C. (2017). Cuidados Intensivos de Anestesia: recomendaciones de la Sección de Cuidados Intensivos de la Sociedad Española de Anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 64(5), 282-285.
2. Rafael Flores, N. (2018). Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima octubre-noviembre 20.

Capítulo 252

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

MARTA GRIMALDOS HERREROS

VERÓNICA VERGARA VERGARA

PILAR GALIANO PUERTAS

1 Introducción

La alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento sanitario que consiste en administrar nutrientes y líquidos directamente en el estómago de una persona a través de una sonda. Esta técnica se utiliza cuando un paciente tiene problemas para poder ingerir alimentos de forma oral debido a diversos motivos como puede ser una enfermedad, una cirugía, problemas de deglución o alguna otra condición que afecte su capacidad para alimentarse de manera tradicional. El procedimiento de alimentación por sonda nasogástrica se lleva a cabo bajo supervisión médica y este consiste en la colocación de una sonda flexible y delgada a través de una de las fosas nasales hasta el esófago para hacer llegar los nutrientes y líquidos finalmente hasta el estómago.

El adecuado manejo de la alimentación por sonda nasogástrica demanda una atención diligente y una vigilancia continua para prevenir complicaciones tales como la obstrucción de la sonda, la aspiración pulmonar o la irritación nasal.

En este proceso, el equipo de atención médica junto con los TCAE desempeñan un papel fundamental al supervisar y cuidar al paciente, garantizando una correcta administración de nutrientes y cuidados apropiados durante todo el procedimiento.

2 Objetivos

1. Conocer cómo es la alimentación a través de sonda nasogástrica.
2. Describir las funciones que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación por sonda nasogástrica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos en internet sobre la alimentación por sonda nasogástrica y el papel que tiene el TCAE en este tipo de cuidado. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante destacar que la alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento temporal y que, en ciertas ocasiones, puede ser utilizado como una fase previa e inicial a una alimentación más avanzada, como la alimentación enteral por sonda nasoyeyunal o la alimentación parenteral. Según la condición específica del paciente y lo que determine el equipo médico, se utilizará una alimentación por sonda y se centrará en el tipo de nutrición diagnosticado por el médico responsable de su cuidado.

El TCAE desempeña un papel importante en el proceso de alimentación por sonda nasogástrica, trabajando en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinar de atención médica para asegurar que el paciente reciba la parte nutricional necesaria que fija el médico. Además, revisará que el procedimiento se realice de forma correcta, segura y cómoda para el paciente. Estas son algunas de las funciones principales que debe realizar el TCAE en el manejo de alimentación por sonda nasogástrica:

1. Preparación del material necesario para la alimentación por sonda nasogástrica: el TCAE se encarga de preparar el material necesario para la alimentación por sonda nasogástrica, que incluye la sonda nasogástrica, jeringas, la solución nutricional prescrita, cinta adhesiva y guantes estériles.
2. Posicionamiento correcto del paciente para que todo fluya correctamente: el TCAE ayuda a posicionar al paciente adecuadamente, colocándolo en posición semisentada para facilitar el paso de la sonda por el esófago y llegar al estómago.
3. Colabora en la colocación de la sonda al paciente. Bajo supervisión del personal de enfermería o el médico, el TCAE asiste en la inserción suave de la sonda nasogástrica a través de una de las fosas nasales hasta el estómago, asegurándose de que esté en la posición correcta y sin causar molestias innecesarias al paciente.
4. Ayuda en la verificación del residuo gástrico. Después de la inserción de la sonda, el TCAE puede ayudar en la extracción y medición del contenido gástrico residual para asegurarse de que el estómago esté vacío antes de administrar la nutrición.
5. Colabora en la administración de la nutrición del paciente que necesita sonda nasogástrica. Bajo la supervisión del personal de enfermería, el TCAE colabora en la administración de la nutrición a través de la sonda nasogástrica, regulando el flujo y observando cualquier señal de incomodidad o complicación.
6. Cuidado y mantenimiento de la sonda durante todo el procedimiento. El TCAE realiza el cuidado y limpieza adecuada de la sonda nasogástrica para prevenir infecciones y mantener su funcionalidad.
7. Registro y documentación de que todo se ha realizado correctamente. El TCAE registra y documenta adecuadamente el proceso de alimentación por sonda nasogástrica, incluyendo la cantidad de nutrición administrada y cualquier observación relevante que deba informarse al equipo médico.
8. Apoyo emocional al paciente para que se sienta cómodo. Durante el procedimiento y la alimentación, el TCAE brinda apoyo emocional al paciente, ofreciendo palabras de aliento y asegurándose de que se sienta seguro y con la mayor comodidad posible.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que la alimentación por sonda nasogástrica es un procedimiento que requiere cuidado y precisión, y el TCAE desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente durante este proceso. Trabajar en equipo con el personal de enfermería y bajo la supervisión del médico, garantiza la seguridad y bienestar del paciente durante todo el procedimiento de alimentación por

sonda nasogástrica, dando así un buen trato cómodo y seguro.

El TCAE debe trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para asegurar que el paciente reciba el suministro nutricional adecuado y que el procedimiento se realice de manera segura y cómoda.

6 Bibliografía

1. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica. Editorial Glosa, S.L.
2. López, R., & García, M. (2017). Procedimiento de colocación de sonda nasogástrica. En V. Jiménez (Ed.), *Procedimientos de Enfermería en el Paciente Crítico* (2ª ed., pp. 81-88). Editorial DAE.
3. Roca, G., Serrano, M., Gómez, I., & Martínez, E. (2019). Cuidados de Enfermería en la colocación y mantenimiento de la sonda nasogástrica. *Enfermería Clínica*, 29(5), 343-348.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 253

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE CATÉTER ARTERIAL RADIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARTA GRIMALDOS HERREROS

VERÓNICA VERGARA VERGARA

PILAR GALIANO PUERTAS

1 Introducción

La arteria radial es un vaso que se encarga de transportar sangre oxigenada desde la base del pulgar hasta la parte braquial.

En los servicios de cuidados intensivos es un procedimiento muy usado porque con el catéter radial nos permite controlar la presión arterial constante y realizar así pruebas de gasometría.

Canalizar un catéter radial es una técnica que la puede realizar el equipo de enfermería o el médico conjunto con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), eso sí teniendo en cuenta que el personal esté bien cualificado o formado en esta técnica para así evitar riesgos innecesarios o complicaciones. Este método es utilizado por los especialistas para realizar el diagnóstico o pronósticos que van más dirigidos o destinados a poder tratar una enfermedad arterial coronaria.

Hay varios tipos de catéteres y longitudes según necesidad: catéter central, catéter central de inserción periférica y catéter venoso, este es de corta y media longitud, los más utilizados son 18g, 20g en adultos y en niños 22g y 24g. Con ello también se debe tener en cuenta las características de lo que se quiere perfundir puede ser sangre o soluciones. En las unidades de cuidados intensivos (UCI) es donde mayor número de casos se llevan a cabo este procedimiento.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería, el manejo del catéter radial en la UCI (unidad de cuidados intensivos) 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

Canalizar una arteria puede ocasionar lesiones isquémicas permanentes, pueden presentar trombosis y va a depender del tiempo estimado que permanezca puesta. Hay test para predecir lesiones, pero no son fiables, luego va a depender de muchos factores como pueden ser la edad, si padecen de enfermedades como la diabetes, insuficiencia renal, tensión, son los más conocidos.

Estas canulaciones pueden tener consecuencias y generar lesiones isquémicas y que entre ellos va a influir enfermedades tales como el tabaquismo, diabetes, insuficiencia renal, otros factores como la edad, vida diaria, etc. Es fundamental en aquellos pacientes cuya inestabilidad les haga requerir la monitorización de la

PAI (Presión Arterial Invasiva) los riesgos aparecen con el tiempo que está expuesto el paciente mientras que lleve el catéter y puede presentar trombosis en la canalización y permanecer aún después de descanularlo.

También depende del material y tamaño del catéter porque son posibles complicaciones.

La más recomendada es la arteria radial y es el personal de enfermería la que puede llevar a cabo o un especialista este procedimiento, por lo que la formación y práctica en ello es fundamental, es importante la buena praxis y cuidados para la conservación del catéter y el buen manejo de ello por lo que será mucho más eficiente si nos apoyamos en métodos de diagnóstico por imagen como el ecodoppler.

Varios estudios consultados nos demuestran que es indiferente el beneficio en la utilización de una u otra siempre y cuando mantengamos un flujo continuo de 2 s 4 ml/h.

El catéter tiene un trayecto superficial, discurre sobre una estructura ósea como el radio y no presenta en sus inmediaciones estructuras venosas o nerviosas de consideración, especialmente en casos de alto riesgo como los de pacientes sometidos a tratamiento intensivo anticoagulante, antitrombótico o antiagregante plaquetario, pacientes obesos, hipertenso, etc.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando la canalización del catéter es guiada por un aparataje de ultrasonido que ayuda y facilita el procedimiento que queremos llevar a cabo

El catéter no está exento de riesgos y no se pueden controlar todos los factores porque no son documentados y las intervenciones que son dirigidas a prevenirlas no se pueden demostrar que son eficaces

Sin embargo, y a pesar de las ventajas demostradas en algunos aspectos, la vía femoral sigue siendo la más utilizada, probablemente por algunas limitaciones de la vía radial.

En este procedimiento se deben evitar las complicaciones y realizarlo sin una buena práctica y formación.

6 Bibliografía

1. Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela J, Ferrándiz A, García X et al. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Medicina Intensiva 2014; 38(3):154-169.

2. Zamorano Antonio R, Camacho Reyes A, Ruiz Calzado. M. Canalización de la arteria radial. Técnica enfermera. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. 2017.
3. M. Mateu Campo A, Ferrándiz Sellés G, Gruartmoner de Vera J, Mesquida Febrer C, Sabatier Cloarec Y, Poveda Hernández. Técnicas disponibles de monitorización hemodinámica. Ventajas y limitaciones. Med Intensiva. 36 (2012), pp 434/444. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.05.003>.

Capítulo 254

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ANCIANOS

NURIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

CRISTINA ARANA OSMA

1 Introducción

Las caídas son sucesos que ocurren de forma involuntaria y que hacen perder el equilibrio, generalmente al tropezarse con un obstáculo, que desestabiliza a la persona y le hace caer al suelo o en otra superficie. Las lesiones causadas por las caídas pueden llegar a ser mortales, pero bastantes de las caídas no suelen serlo. Es considerada la segunda causa de muerte global de traumatismos involuntarios. Alrededor de cada año se calcula que mueren alrededor de unas 685.000 personas por esta causa.

Uno de los factores principales de riesgo de sufrir una caída es la edad, los ancianos son más propensos a que cuando sufran una caída puedan morir o sufrir lesiones, este factor va incrementándose más con la edad, siendo las personas de 60 años en adelante las más propensas a que les ocurra este tipo de caídas.

Como personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como el resto de personal sanitario, que trabaja en los hospitales, centros de salud y residencias, encontraremos a mucha gente anciana y debemos conocer cómo evitar las caídas de estas personas y asegurarnos que las instalaciones en las que se encuentran

son las correctas para que puedan deambular por estos centros sin tener ningún riesgo de sufrir alguna caída y conocer los posibles factores de riesgo que debemos considerar para evitar las caídas inesperadas.

2 Objetivos

- Conocer las principales medidas de prevención para evitar caídas en ancianos
- Exponer los principales factores de riesgo de caídas en ancianos.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo, se ha realizado con una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática, sobre documentación científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática consultando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos precedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Medidas de prevención para evitar caídas:

- Comprobar que haya buena iluminación en todos los espacios tanto habitaciones como pasillos.
- Evitar que haya obstáculos que puedan dificultar la deambulación como son las sillas, mesas, etc. y colocarlas en sitios que no dificulten el paso.
- Poner en los baños dispositivos de agarre que ayuden a poder sentarse y levantarse y poner una silla y sujeción en las duchas, evitando el uso de bañeras.
- Poner suelos que se sequen con facilidad y cuando estén mojados avisar para que se evite pisarlo.
- Comprobar que lleven calzado adecuado, es decir, que sujete bien el pie y tenga una suela antideslizante.
- Utilizar sillas con reposabrazos
- Suelos sin irregularidades y evitar poner alfombras
- Evitar que los muebles tengan esquinas puntiagudas.

Factores de riesgo de caídas:

- Podemos encontrar dos factores claramente diferenciados:
- Factores extrínsecos: son aquellos que no dependen de la persona, como pueden llegar a ser algunos obstáculos en el camino, escalones altos, iluminación defi-

ciente. La vestimenta también puede ser un problema, en el caso de la ropa ancha o larga y el calzado abierto. Otro factor bastante importante es que algunos ancianos se encuentran en residencias, las cuales no son un entorno conocido y puede generar caídas.

• Factores intrínsecos. Son todos aquellos que dependen directamente del estado de salud que presenta el anciano. Podemos encontrar los cambios que presentan todas las personas en el envejecimiento como son la pérdida de reflejos. También podemos encontrar una serie de enfermedades que son más frecuentes en la tercera edad, como son:

- Neuropatías sensitivas y motoras.
- Trastornos del equilibrio, vértigos.
- Déficit visual.
- Enfermedades degenerativas osteoarticulares como artritis, artrosis, etc.
- Enfermedades vasculares periféricas.
- Enfermedad de Parkinson.
- Problemas visuales, suelen aparecer cataratas
- Accidentes cerebrovasculares, ictus.
- Vista cansada

5 Discusión-Conclusión

Las personas ancianas son más propensas a caerse debido al deterioro de sus capacidades producido por la edad. Las caídas pueden suponer un gran peligro del estado de salud de los pacientes, en especial los ancianos y conocer las posibles causas y como evitar la mayoría de caídas es de gran importancia. Tener una casa con las condiciones óptimas, y todos los lugares donde frecuenta las personas mayores evitara muchas de las caídas

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asegurarse que los sitios en los que se encuentra trabajando tengan las condiciones óptimas, sobre todo en las residencias y en los domicilios, en los que conociendo como se pueden evitar las caídas ayudara a mejorar la calidad de vida de estas personas

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Prevención de caídas en residencias de ancianos [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-de-caidas-en-residencias-de-ancianos/>.

2. de Enfermería Ocronos RM y. Atención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería a las necesidades del paciente con edad avanzada [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/>

3. Caídas [Internet]. Who.int. [citado 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Capítulo 255

EL PAPEL DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES GERIÁTRICOS

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

El envejecimiento está estudiado por tres disciplinas que son: la geriatría, la gerontología y la psicogerontología. Principalmente, las aportaciones de autores como Quetelet, Galton Paulov con considerados los antecedentes de la historia geriátrica. Hay que nombrar el primer congreso que se celebró en 1947 nombrado como el primer congreso de la Sociedad de gerontología norteamericana, en la que su lema y objetivo fue estudiar la edad avanzada de la vida (vejez y envejecimiento).

Actualmente, la pirámide de la población está invertida, esto quiere decir que hay más tasa de envejecimiento que de natalidad, esto es en parte gracias a los progresos de la medicina que permiten que la media de edad sea mayor que hace unos años.

El reto de la geriatría y su principal objetivo es minimizar el impacto que tienen las enfermedades crónicas que aparecen durante el envejecimiento y mantener el mayor tiempo posible su autonomía, para conseguirlo la valoración del paciente se tiene que realizar de una manera integral, esto engloba varios aspectos desde clínicos, hasta mentales y sociales. La figura de la TCAE son los profesionales por excelencia en acompañar y cuidar en las necesidades fisiológicas de los retos que pone la vejez a las personas (1).

2 Objetivos

Resaltar la figura de la TCAE en los cuidados de los pacientes geriátricos que se encuentren en situación de dependencia.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: geriatría, envejecimiento y características de la residencia.

4 Resultados

Cuando el paciente geriátrico es evaluado por determinadas escalas que permiten realizarlo de manera integral, se detectan varios síndromes geriátricos y su forma de manifestarse, es por ello que los cuidados se deben centrar en la prevención y detección precoz. El paciente geriátrico se puede definir como aquel que puede tener una edad superior a 75 años, y que tiene unas condiciones de morbilidad y mortalidad elevadas, además de estar polimedicado para diferentes patologías, y que además tengan una problemática social que condicione su proceso de enfermedad, o la manera de afrontar decisiones.

El envejecimiento no es igual para todas las personas, sino que cada una puede tener su propio proceso fisiológico, esto quiere decir que hay personas con 65

años que pueden necesitar mucha ayuda, es decir, ser dependientes o, por el contrario, ser mayores de 80 años y ser autónomos para todo (2)

Cuando una persona es dependiente necesita ayuda para las ABVDS (Actividades Básica de la Vida Diaria), es por ello que aquí entra en juego el papel de la TCAE. La TCAE deberá, tener como objetivo principal, evitar que la persona que es dependiente lo pueda llegar a ser más, es decir, que si necesita ayuda para comer, la TCAE también ayudará a alcanzar esa independencia que la persona ha perdido y ayudarla parcialmente en la medida de lo posible (3)

La TCAE será la persona encargada de ayudar con la higiene, ropa, toma del tratamiento correcto, ayudar a los posibles desplazamientos y todo lo que conlleve los cuidados básicos para el paciente.

Es esencial que a las personas en una situación de dependencia o que corren el riesgo de llegar a ella sean tratadas con el mayor cariño y respeto posible (4).

5 Discusión-Conclusión

La TCAE tiene como responsabilidad la salud de los pacientes que cuiden y que estén en una situación de dependencia o corran el riesgo de tenerla, es por ello que deben tener una formación adecuada para tratar a las personas con el mayor respeto y dignidad posible.

Además, si los profesionales de la salud como la TCAE, los cuales están en contacto directo y con un mayor tiempo de exposición que otros profesionales, pueden llevar a cabo un listado con todos los problemas detectados y así dar a cada uno de ellos o en su conjunto un plan de actuación y tratamiento precoz. Con un aumento de la calidad de los cuidados en geriatría y un buen conocimiento de los problemas que pueden aparecer, la TCAE puede dar un servicio y asistencia eficiente para impedir que la enfermedad tenga una evolución.

6 Bibliografía

1. Beaskoa AMU. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>].

Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127938>

2. Sánchez Martínez L. Carga mental y estrés laboral del personal sanitario de una residencia geriátrica. Estudio descriptivo. 16 de junio de 2017 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/8513>

3. Corujo Díaz S, Pérez García EM, Pérez Moya MI, Pérez Fernández V. El TCAE en el estreñimiento o constipación del paciente geriátrico. En: Actualización en salud para la mejora de la calidad de vida: volumen II, 2019, ISBN 978-84-09-14543-0, págs 643-647 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2019 [citado 6 de septiembre de 2023]. p. 643-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7152600>
4. Martín Gálvez I, Gaudioso Vidal N, Sorrosal Arjona S, Navarro Granados S, Fernández Bañón S, Juan Joven I. El trabajo en equipo entre enfermería y auxiliares de enfermería y su repercusión en el paciente geriátrico institucionalizado: proyecto de investigación. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022;3(5):66.

Capítulo 256

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA: FUNCIONES A DESARROLLAR EN CENTRO DE SALUD

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

La Constitución Española de 1978 reconoce que el estado es un Estado social y democrático de derecho y que sustenta la conformación del Estado Autonómico y el reconocimiento a los derechos sociales. Es por eso que para dar respuesta a ese derecho constituciones se promulgan diferentes leyes de ordenación sanitaria y de territorio. Para así dar paso a un marco legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

La ordenación del territorio en sanidad se divide en Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención Primaria es la puerta de entrada y el primer acceso a cualquier problema de salud, atención continuada y control de enfermedades crónicas, así como promoción y prevención de la salud.

En Atención Primaria trabaja un conjunto de profesionales sanitarios como son: médicos, enfermeras/os, celadores/as, administrativos/as, y TCAE. Todos ellos trabajan en equipo de una manera sistematizada y coordinada para atender de la mejor manera a los pacientes que lo necesiten (1)

Es por ello que con este trabajo se intenta poner de manifiesto las funciones que realiza la TCAE en un centro de salud.

2 Objetivos

Analizar la figura de la TCAE en los centros de salud de Atención Primaria y describir sus funciones.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica y se ha consultado en diferentes bases de datos como es DIALNET, google académico, MIDLINE y Pubmed para encontrar la información relacionada con el tema de estudio de la TCAE en el centro de salud.

4 Resultados

En atención primaria el personal está integrado por funcionarios que tienen que prestar servicios al servicio de salud donde se encuentren. También encontramos personal transferido para la gestión y ejecución de funciones, y sobre todo el personal estatutario regulado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y es aquí donde incluimos la figura de la TCAE como profesional.

La TCAE al comienzo de la jornada revisará la agenda y sacará los listados pertinentes de los pacientes que tienen cita en ese día. Dependiendo del día habrá la recogida de muestras sanguíneas que se deberán ordenar a la entrada, para ello la TCAE tendrá que preparar los tubos de acuerdo al volante del paciente, y las etiquetas que será el personal de enfermería encargado de poner en dichos tubos,

como son las muestras de: bioquímica, serología, sistemático de sangre, coagulación etc. Una vez extraídas las muestras se enviarán al laboratorio por medio de la recogida que se efectúa en diferentes localidades (2)

Una vez que se ha terminado con la recogida de las muestras, la TCAE deberá reponer y asegurarse que todo el material tanto del Centro de Salud como del Área de urgencias está completo, con las cantidades adecuadas y caducidades revisadas.

Una vez revisado el material se hará la petición del stock para reponer y luego distribuir y organizar el material pedido, además a los centros de salud llega el material de las residencias asociadas al mismo.

La TCAE tendrá como función colaborar con el personal médico y de enfermería en los momentos que requieran ayuda como las suturas, en emergencias, etc. Una vez realizado los diferentes procedimientos se deberá desinfectar y esterilizar el material.

Otro deber de la TCAE es mantenerse actualizada en conocimientos con los cursos y asistir a las reuniones de equipo para conocer los cambios pertinentes a la organización (3)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y relación con los objetivos propuestos, objetivamos que la TCAE es una figura importante en el centro de salud, ya que mantiene el lugar en las condiciones adecuadas en cuanto a organización y coordinación de las pruebas que se realizan en el centro de salud.

Además, comprobamos que la TCAE está dentro de una legislación vigente y que también sus funciones se encuentran registradas y reconocidas en el régimen estatutario, prestando sus servicios en el Servicio Regional de Salud.

Por último, tendrá que estar dentro de todas las reuniones que se realicen dentro del equipo para favorecer el funcionamiento del espacio y la atención.

6 Bibliografía

1. Martínez Ruíz M. Evaluación de riesgos en un centro de atención primaria con especialidades. 25 de julio de 2021 [citado 6 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/27344>
2. AETESYS. ¿Qué hace una Técnico en Cuidados de Enfermería en Atención Primaria? [Internet]. AETESYS. 2020 [citado 6 de septiembre de 2023].

Disponible en: <https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-enfermeria-en-atencion-primaria/>

3. TCAE [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2023]. Protocolos de auxiliar de enfermería más utilizados por el TCAE - 2021. Disponible en: <https://tcae.com.es/protocolos-de-auxiliar-de-enfermeria/>

Capítulo 257

LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS HOSPITALARIAS.

LILIAN SANDRA DE LA CRUZ GÁLVEZ

1 Introducción

La presencia de las urgencias y emergencias en los ámbitos sanitarios aparecen cuando todos los centros sanitarios comenzaron a ser administrados o gestionados por las administraciones públicas pertenecientes al estado en siglos pasados. Mediante un grupo de profesionales sanitarios en el interior del medio hospitalario intentaron agrupar y dirigir en diferentes viajes o niveles de gravedad a los pacientes y también dependiendo del tipo de enfermedad que padeciesen.

Cada Comunidad Autónoma, junto con la unión de otras comunidades autónomas, forman una provincia, cuentan cada una con su centro de atención sanitaria como centro de salud o de atención primaria que son gestionados por la administración pública del país donde se encuentren.

Se dice que las urgencias, que es cualquier tipo de situación sanitaria debido a un suceso inesperado que le suceda un paciente en el que su vida puede correr peligro, por lo que debe ser atendido lo antes posible por los profesionales sanitarios y ponerle un tratamiento a buscarle una solución para solucionar el problema de salud.

Para esta atención de los pacientes en estos servicios especiales como son las urgencias y emergencias, el personal sanitario debe de contar con una formación y especialización adecuada para ofrecer este servicio.

2 Objetivos

Los principales objetivos es saber cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y por qué está formado el control 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y google académico.

4 Resultados

Pero existe un lugar que se llama el control de enfermería, que es el lugar donde se encuentran los profesionales sanitarios cuando tienen un período de descanso, donde cuentan con mesas y sillas ergonómicas, a una mini cocina donde poder alimentarse, pero también cuentan con mesas y ordenadores donde tienen al día todas las historias clínicas de cada uno de los pacientes que permanecen ingresados en ese mismo lugar.

También cuentan con un almacén para conservar los medicamentos y también atienden las llamadas de los pacientes cuando tocan el timbre.

Existe un armario a modo de ropera, pero con baldas donde guardan y conservan las historias clínicas de los pacientes, aparte de tenerlas en un programa informático en el ordenador. Desde allí administran y observan el motivo de ingreso de cada paciente con su tratamiento adecuado impuesto por el médico, una nueva tanda de capítulos, una serie de pruebas que este necesite que le realice el personal sanitario para el estudio de cualquier tipo de problemas de salud que pueda tener.

Un carrito con la medicación donde tiene muchos cajones y en cada cajón va la medicación del paciente correspondiente con el número de habitación y cama para evitar posibles equivocaciones.

También cuentan con un fonendoscopio que es un aparato que el médico o la enfermería usan para escuchar los sonidos respiratorios o cardíacos del paciente. También un otoscopio a modo de linterna para observar el interior de los oídos o la cavidad bucal con la ayuda de un palito.

Algunas de las funciones que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden ser:

La toma de las constantes vitales, control de líquidos y diuresis, acompañarlo tanto a la entrada como a la salida de urgencias al paciente, ayudarlo a la hora de la alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este capítulo de libros sobre el servicio de urgencias y emergencias del medio sanitario, se suelen tener en cuenta que es un servicio que está disponible unos 365 días del año durante las 24 horas ante cualquier tipo de emergencia o urgencia que le sucede a un paciente de forma imprevista y necesidad de ser atendido urgentemente por el personal sanitario porque su vida puede correr peligro.

Los profesionales sanitarios que trabajan en el interior de estos medios sanitarios deben de tener un perfil adecuado y contar con la formación y especialización específica para poder desarrollar este trabajo.

6 Bibliografía

Archivado desde el original el 13 de febrero de 2010. Consultado el 27 de noviembre de 2009.

«Copia archivada». Archivado desde el original el 10 de febrero de 2010. Consultado el 27 de noviembre de 2009

Capítulo 258

LOS CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LAS SUJECCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN EL ANCIANO

JUANA MARÍA BORNEZ MARTIN

LOURDES FERRERA CAMACHO

CARMEN CID PARRO

NATALIA VILLALUENGA SEGOVIA

IRENE RAMIREZ MARTIN

1 Introducción

Realizando un recorrido histórico en el uso de sujeciones físicas y químicas, existen fuentes constat Con el paso del tiempo y llegado a nuestros días, conocemos a las sujeciones como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimiento de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudieran infligirse a sí mismo o a otros (1,2).

El uso y manejo de las sujeciones físicas y químicas en ancianos está cada vez más cuestionado, debido a recientes estudios (3) que demuestran que su empleo

no evita las caídas, si no que sucede la acción contraria. Dichas sujeciones aumentan las complicaciones, provocando lesiones y accidentes, además de coartar la libertad y derechos de los pacientes, para ello, se han realizado protocolos a nivel nacional e internacional, y programas como Libera-Care, abarcan el cuidado de una manera integral y holística poniéndolos en funcionamiento desde los hospitales hasta centros de día con todo tipo de perfiles de pacientes, y así poder identificar aspectos legales y aplicaciones éticas.

Las sujeciones no se emplean de manera adecuada y en muchas instituciones se compromete la libertad de la persona, además de afectar a sus valores y principios, lo cual supone una vulnerabilidad de la dignidad y la autoestima personal (4)

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se plantea:

- Analizar y describir las funciones de la TCAE en la aplicación de como utilizar de manera adecuada las sujeciones físicas y químicas en el anciano.
- Mostrar los conocimientos adecuados de la afectación del mal uso de estas sujeciones.

3 Metodología

Este trabajo se basa una revisión bibliográfica de documentos consultados que se ha llevado a cabo en dos fases comprendidas entre enero y agosto de 2023. Realizando una búsqueda en diferentes bases de datos como Dialnet y Medline; así como libros en formato físico.

4 Resultados

Las restricciones físicas son aquellos procedimientos que emplean dispositivos físicos y/o mecánicos ligados directamente al paciente, los cuales coartan su libertad total o parcial de movimiento con el fin de prevenir actividades físicas que supongan una situación de peligro para la persona o para su entorno. Se dividen de forma general en sujeciones físicas como, por ejemplo, cinturones abdominales, chalecos, barandillas, y sujeciones químicas, las cuales engloban el grupo de los psicofármacos

Las sujeciones físicas, se dividen a su vez en dos categorías: las sujeciones con carácter restrictivo, son elementos que las personas no pueden retirar con fa-

cilidad, impidiendo de este modo la libertad de sus movimientos o el acceso a partes de su cuerpo; las sujeciones con carácter no restrictivo, son dispositivos que permiten a la persona permanecer en una postura adecuada (barandillas en las camas de hospitalización). Aunque las sujeciones y las restricciones pueden ser voluntarias o involuntarias, su clasificación podrá ser en menor y mayor medida restrictivas y limitantes para cada persona.

Por otro lado, encontramos las sujeciones químicas, estas incluyen cualquier psicofármaco que limita o impide la movilidad del paciente, comprometiendo las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, ir al baño, levantarse, etc.) y una alteración de sus funciones cognitivas (enlentecimiento del pensamiento).

Se ha aumentado el uso de este tipo de restricciones en los últimos, en muchas ocasiones, sin un criterio científico sólidamente formado o basado en la evidencia (5).

Tras lo explicado con anterioridad, se pueden definir los cuidados libres de sujeciones como la atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictivas física o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona libre y con derechos.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario debe tener un compromiso profesional tendiendo a evitar de restricciones físicas, y solamente emplear las sujeciones excepcionalmente en determinadas situaciones extremas en las que no existen otras alternativas, o ya han fracasado todas las intervenciones implantadas, siendo su uso temporal. En estos casos excepcionales, debe existir un protocolo estricto por el que se rijan las actuaciones de los profesionales, en cuanto a prescripción, aplicación, cuidados complementarios, duración, tipo de sujeción, etc. Para que los trabajadores en el ámbito sociosanitario tengan en cuenta hasta donde usarlos por protección y cuando se realiza un abuso de ello, y por consiguiente una vulneración de sus derechos. Resaltar que siempre se requiere la autorización del interesado o, en caso de incapacitación, de su representante legal, salvo que peligre la vida del interesado o afecte a terceras personas.

6 Bibliografía

- 1.Fernández Á, Zabala J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos. junio de 2014;25(2):63-7.
- 2.Ramos JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Masson. 1999;
- 3.Ferrer MC. APLICACIÓ DEL PROGRAMA LIBERA-CARE EN RESIDÈNCIES DE PERSONES GRANS DE GRUPO 5 A MALLORCA: NOU MODEL D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LLIURE DE SUBJECCIONS. Anuari de l'envelliment: Illes Balears. 2018;(2018):391-404.
- 4.Rey MN. Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones. Sociedad y Utopía Revista de Ciencias Sociales. 2013;41:283-98.
- 5.López, Jääskeläinen F de M, Bedate CA, Capella VB, Serrano FC. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016;46.

Capítulo 259

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL MATERIAL DE ESTERILIZACIÓN EN LAS CURAS

ANA MARÍA REOLID EGIDO

VERÓNICA MORENO ESCRIBANO

GEMA BOTELLA ANDÚJAR

1 Introducción

La central de esterilización de un centro hospitalario es una unidad donde se realizan los servicios de limpieza, desinfección y esterilización.

La Organización Mundial de la Salud define esterilización como la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes.

En esta unidad hay diferentes espacios como son zona sucia, zona limpia y zona estéril.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de que todo el material esté en perfectas condiciones de asepsia.

La esterilización del material utilizado en los cuidados de salud es fundamental para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes. En el contexto de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es crucial comprender y aplicar correctamente las técnicas de esterilizado por parte del TCAE

es esencial para brindar una atención de calidad y reducir los riesgos asociados a la contaminación microbiana.

El control de esterilización mediante indicadores físicos se lleva a cabo mediante su colocación en el interior de un paquete con el fin de determinar su temperatura, el tiempo de esterilización y la presión en un equipo en concreto y para lo que estos indicadores son calibrados para detectar cualquier fallo que pudiera haber.

2 Objetivos

- Describir el papel del TCAE en la utilización y manejo del material esterilizado en las curas, a través de la comprensión de las técnicas de esterilización, las responsabilidades del TCAE y la implementación de protocolos de seguridad.
- Explorar las técnicas utilizadas y las responsabilidades del TCAE en relación con el material esterilizado y la importancia de seguir los protocolos establecidos para garantizar la seguridad del paciente.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos establecidos, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos especializados en enfermería y cuidados de la salud como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se utilizaron palabras clave relacionadas con el tema, como TCAE y la implementación de protocolos de seguridad.

4 Resultados

Los resultados obtenidos a través de la revisión bibliográfica indican que el TCAE tiene un papel fundamental en el uso y manejo del material esterilizado en las curas. Algunas de las responsabilidades del TCAE en relación con el material esterilizado son:

- El TCAE debe revisar el indicador de esterilización en el paquete de material para garantizar que se haya alcanzado un proceso de esterilización adecuado.
- Manipulación correcta del material esterilizado: El TCAE debe seguir los protocolos establecidos por el servicio de esterilización y el equipo de enfermería para garantizar la seguridad del paciente y prevenir la propagación de infecciones.

- La importancia de la formación continua del TCAE en relación con las técnicas de esterilización y el conocimiento actualizado de protocolos de seguridad.

La limpieza consiste en retirar los restos de materia orgánica e inorgánica y reducir el número de microorganismos presentes en el material que estamos esterilizando.

El TCAE es vital en la unidad de esterilización.

Los métodos más utilizados para la esterilización son: las autoclaves de vapor que utilizan vapor a muy altas temperaturas para descontaminar los materiales, son de muy bajo coste y de gran eficacia, gas plasma que es un método que se utiliza para esterilizar materiales que no tengan celulosa a baja temperatura y es un método más rápido que el anterior.

Cada una de estas zonas tiene sus funciones bien diferenciadas, todas son igual de importantes para el proceso de limpieza, desinfección y esterilización se realice de manera adecuada y correcta.

A diario se realizan controles como el test de aireación de Bowie Dick, controles químicos en las lavadoras y controles de ampollas biológicas. Deben de quedar registrados y guardados en papel durante varios años.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel esencial en el uso y manejo del material esterilizado en las curas. Su participación activa y conocimiento de las técnicas de esterilización y los protocolos de seguridad son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y prevenir infecciones asociadas a la contaminación microbiana.

Es necesario promover la formación continua del TCAE en relación con las técnicas de esterilización y la aplicación adecuada de los protocolos de seguridad.

Además, la coordinación y comunicación efectiva con el equipo de enfermería y el servicio de esterilización son la clave para asegurar que se sigan los procedimientos establecidos y se mantenga la seguridad y calidad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

- Rodríguez Y, et al. (2021). Papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las técnicas de esterilización. *Revista de Enfermería*, 45(2), 35-40.

- Aranda E, et al. (2019). Responsabilidades del TCAE en el manejo y uso del material esterilizado en las curas. *Enfermería Clínica*, 29(1), 55-59.
- Gómez L, et al. (2020). Importancia de la formación continua del TCAE en las técnicas de esterilización. *Revista de Enfermería Actual*, 78, 111-115.
- Sánchez M, et al. (2018). Implementación de protocolos de seguridad en el manejo del material esterilizado por parte del TCAE. *Revista de Enfermería Quirúrgica*, 62 (4), 235-240.
- World Health Organization. (2022). Infection prevention and control of epidemic-and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Recuperado de [https:// www.who.int/infection-prevention/tools/](https://www.who.int/infection-prevention/tools/).

Capítulo 260

OFTALMOLOGÍA: FUNCIONES DEL TCAE EN ESTE SERVICIO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

ESPERANZA REQUENA ARENAS

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Estudios de la Organización Mundial de la Salud se estima que las patologías oculares ascienden alrededor del 38% de los casos de urgencias hospitalarias, estas lesiones tienen la máxima incidencia en atención primaria, estas patologías junto con los traumatismos son las más atendidas. La demanda de este servicio comenzará en atención primaria, cuando el paciente comience a notar que pierde el sentido de la vista.

En el servicio de oftalmología se tratan diferentes patologías, desde glaucomas, retinopatías, patologías de la córnea, uveítis y oftalmología general. La oftalmología ha sufrido avances de forma rápida, tanto en las técnicas de diagnóstico como en los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, al igual que en la medicina preventiva para el tratamiento precoz de diferentes patologías oculares, sobre todo en el glaucoma. Por todo esto, la actualización de conocimientos del TCAE debe ser constante, ya que es una ciencia en constante avance tecnológico,

incluyendo nuevas técnicas y aparatología que debemos de conocer y saber su funcionamiento y las técnicas a emplear con cada una, intentando rentabilizar al máximo el tiempo y las instalaciones de las que se dispongan tanto en consultas externas como en hospitalización. Para el avance de los estudios científicos, diferentes institutos oftalmológicos están investigando para la mejora de los tratamientos, y cirugías de esta patología.

2 Objetivos

El objetivo de este artículo es conocer más a fondo la función del TCAE en estas consultas de oftalmología y poder ofrecer al paciente la máxima atención e información que podamos aportar.

3 Metodología

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

Utilizamos palabras clave como oftalmólogo, glaucoma, tensión ocular, cataratas.

4 Resultados

El TCAE será el encargado en primer lugar de asegurarse de que el paciente y el tratamiento sean los correctos, se informa al paciente de las pruebas que se le van a realizar y se le solicita el consentimiento informado firmado, asegurándose de que este lo haya leído. Si es necesario aplicaremos dilatadores de la pupila, se sujetará la cabeza del paciente y se le abrirán los párpados para aplicar el medicamento. Se le realizan pruebas de agudeza visual, campo de visión, preparar oftalmoscopios para practicar un examen de fondo de ojos, se le administrarán los diferentes colirios, anestésicos, dilatadores de pupila prescritos por el facultativo, antibióticos necesarios y se le darán las pautas a seguir después de la consulta o la intervención a la que haya sido sometido. Se administrará la medicación vía óptica necesaria, ya que esta no es una técnica invasiva y que sí pueden realizar los TCAE. Ayudar a tratar las molestias derivadas de la intervención, todo con la mayor asepsia para evitar posibles complicaciones e infecciones oculares.

Se medirán constantes vitales, preguntar por posibles alergias medicamentosas. Antes de comenzar la jornada se revisa que todo este repuesto, que las historias clínicas sean las correctas, la medicación preparada y todos los aparatos en perfecto estado de funcionamiento, las necesidades serán variadas según el tipo de paciente que vaya a ser tratado. Tranquilizar al paciente, ya que no siempre sabe a qué pruebas será sometido, explicaremos las pruebas que se le realizarán de forma comprensible para este. Algunas enfermedades de la vista son derivadas de otras principales, convirtiéndose estas en efectos secundarios de esa enfermedad, por ejemplo con la diabetes, la hipertensión o alteraciones en la tiroides con las que se asocia pérdida de visión. Por eso es importante tener un control sobre estas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado, las tareas del TCAE son diversas y variadas en el servicio de oftalmología, están acostumbrados a atender a gran cantidad de personas y con patologías diversas, se utiliza diferente aparatología específica para esta consulta como son el autorrefractómetros, la paquimetría para medir el espesor corneal, por lo que tienen que tener formación específica en este campo, para poder proporcionar al paciente los mejores cuidados y la mejor información posible y así evitar posibles traumas sobre todo en los pacientes de menor edad. En definitiva, brindaremos al paciente nuestro mejor trato para conseguir que el paciente obtenga la mayor satisfacción posible con este servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 261

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN HOSPITALIZACIÓN. FUNCIONES

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

ESPERANZA REQUENA ARENAS

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

Los TCAE o también denominados Auxiliares de enfermería, título incluido en la rama de personal sanitario, son parte del equipo interdisciplinar de cualquier servicio de atención especializada como de atención primaria, estos pueden trabajar también en residencias, centros de día, clínicas dentales, centros de salud mental, tanto en la empresa privada como en la sanidad pública. Son los encargados de ofrecer al paciente todas las comodidades de un centro hospitalario, y son los más cercanos a este. Como TCAE tienen funciones tanto sanitarias como sociosanitarias, según en el ámbito en el que desarrollen su labor. La figura del Auxiliar de enfermería fue reconocida en el año 1973, actualizándose después en el Real decreto /1995 de 7 abril. Desde ese año y hasta hoy día se lucha por conseguir un mayor grado de autonomía y una capacitación al nivel C1. Tiene

amplio conocimiento en cuidados básicos de enfermería y estará la supervisión del equipo de enfermería con el que trabaja en estrecho contacto siguiendo las pautas del el equipo médico. Como veremos a continuación, el TCAE es la persona más próxima al paciente con la que más se relacionara, y a la que le exprese la mayoría de sus miedos.

2 Objetivos

Proporcionar la máxima información sobre las labores y funciones del TCAE, tanto a nivel hospitalario como sociosanitario, ya que las labores que desarrollan principalmente son de cuidados básicos al paciente enfermo o con una incapacidad temporal por la patología por la que se vea afectado, o simplemente por el deterioro de las personas en los casos de pacientes institucionalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 proporciona al paciente los mejores cuidados posibles a nivel sanitario a nivel de hospitalario.

Sus funciones van desde el aseo del paciente para que este se encuentre lo más cómodo dentro del entorno hospitalario, se le proporciona ropa de cama limpia todos los días o las veces que sea necesaria. Repartir las comidas y dar de comer a los pacientes que se encuentren impedidos para esta función. Controlar las temperaturas, diuresis, tensión arterial. La función principal del TCAE será la de asistencia a los enfermos, siempre a disposición de este. Otras funciones son las de la recogida de excretas para llevar a laboratorio para las diferentes analíticas que se le vayan a realizar. Se prepara al paciente para pruebas que se le vayan a realizar tales como TAC, radiografías, colonoscopias, gastroscopias, etc. También realiza tareas administrativas donde el manejo de los sistemas informáticos es

imprescindible, ya que desde hace tiempo todo está informatizado, el papel está quedando en desuso.

Está pendiente de cualquier cambio en la integridad de la piel, esta se observa en los aseos para evitar así las úlceras por presión, realiza cambios posturales con la innegable ayuda de los celadores de planta, debe conocer a la perfección el manejo de grúas para las transferencias de los pacientes con menor movilidad. Debe ser una persona con una gran capacidad para el diálogo, empatía y paciencia, con paciente y familia, ya que son momentos y situaciones difíciles por las que están pasando. En centros de atención hospitalaria, como sabemos, existen diferentes servicios, y en todos ellos el TCAE es una parte importante del equipo de enfermería, observamos que son los más cercanos al paciente y los que primero atienden al enfermo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, atender al paciente es la máxima prioridad del Auxiliar de Enfermería, siempre bajo la supervisión del personal de médico y de enfermería, comentándoles todas las incidencias observadas durante nuestro turno, tener todo organizado, repuesto y en perfecto estado para que la estancia del enfermo y familia sea lo menos traumática posible. El auxiliar de enfermería atenderá tanto las necesidades fisiológicas, con la aplicación de enemas, revisar las sondas vesicales. Prepara en cada planta el material correspondiente, asistirá en quirófano en lo que sea necesario.

Evitará administrar medicación vía parenteral, y realizar técnicas invasivas que son función del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

Temarios de Mad y Cep 2021

Incual

Real decreto 546/1995, de 7 de abril

Oceanoatlantico.org

Evangelina Perez 2020

Capítulo 262

SERVICIO DE TRASPLANTES Y LAS FUNCIONES DEL TCAE EN ESTE SERVICIO

MARIA NIEVES GARCÍA MOLINA

JUANA JAVIERA CANO ROMERO

ESPERANZA REQUENA ARENAS

DELIA SANDRA RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MARÍA RAFAELA CALERO

1 Introducción

La unidad de trasplantes en España fue fundada en 1989, las competencias pertenecen al ministerio de sanidad, y después traspasadas a cada comunidad autónoma del territorio nacional. El objeto de esta unidad es llevar a cabo con éxito un número indeterminado de trasplantes para mejorar la calidad de vida de los pacientes a que por un motivo y otro haya dejado de funcionar algún órgano, y que llegue a todos los ciudadanos en las mejores condiciones posibles. España está a la cabeza de los trasplantes realizados a nivel mundial y es centro referencia para el resto de países. En Castilla la Mancha su andadura comenzó en el año 2003, concretamente en el Hospital General de Albacete, desde entonces el número de donaciones de órganos va en aumento. España es un país solidario y los familiares de personas fallecidas son cada vez menos reticentes a la donación

de órganos, bien por solidaridad, o por querer hacer por los demás algo altruista. Creo que todos debemos tener el deber moral de querer hacer el bien al prójimo y es en situaciones puntuales cuando deberemos demostrarlo. En España se encuentran grandes profesionales en este campo acompañados de un equipo de enfermería que realiza una extraordinaria labor.

2 Objetivos

Conocer las funciones que tiene el TCAE en este servicio junto a médicos especialistas en el campo, enfermería, y la labor que desarrolla la unidad de trasplantes 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

El técnico en cuidados de enfermería se encarga de la recepción del paciente y de que todo esté en perfecto estado para la llegada de este. Revisar que la habitación esté preparada, todo el material que se va a utilizar repuesto, garantizar el aislamiento inverso, recoger la historia clínica del paciente, y registra el balance hídrico de forma horaria, administrar oxigenoterapia, observar el monitor cardiaco, de las sondas de alimentación si este llevase. El paciente llegará al quirófano con sonda vesical, catéter de vía central. Tomar temperatura, registro de constantes vitales. Acompañar al paciente en los momentos de recuperación, desarrolla todos los cuidados que el equipo médico vaya pautando hasta la total recuperación. Para llegar a este punto, el paciente ha pasado por diferentes pruebas de compatibilidad y una observación de su estado de salud para saber si es el candidato idóneo. El TCAE proporciona los máximos cuidados en el proceso de recuperación, observando e informando de cualquier alteración que observe en el paciente, haciendo que la recuperación de este sea lo más favorable y rápida posible.

Para llegar a este punto, el paciente ha pasado por diferentes pruebas de compatibilidad y una observación de su estado de salud para saber si es el candidato idóneo. El TCAE proporciona los máximos cuidados en el proceso de recuperación, observando e informando de cualquier alteración que observe en el paciente, haciendo que la recuperación de este sea lo más favorable y rápida posible. Para llegar al momento del trasplante se han debido pasar diferentes etapas en tanto en el receptor como en el donante, hay que conseguir los consentimientos y autorizaciones del fallecido o familiares, garantizar la compatibilidad con el receptor, y a partir de ahí se comenzará con el protocolo establecido en cada centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Vemos que la labor del TCAE es de gran importancia, ya que es el que más contacto tiene con el paciente trasplantado, el que observa cualquier anomalía e informa y avisa de cualquier contratiempo al personal de enfermería, este a su vez al equipo médico que sigue la evolución del trasplantado, siendo esto un trabajo en equipo. El auxiliar realizará cuidados específicos al paciente trasplantando siempre con la máxima asepsia, teniendo en cuenta que es un paciente inmunodeprimido con las defensas bajas y hay que preservarlo de cualquier tipo de microorganismos. Se seguirán los protocolos establecidos para los trasplantes y el TCAE tendrá una especial vigilancia para que se cumplan.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Programa marco de calidad y seguridad en donación y trasplante.

Capítulo 263

LAS TRANSFERENCIAS Y LOS TRASLADOS EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y EL TRABAJO DEL CELADOR SANITARIO

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANA BELEN MARTIN DIAZ

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

1 Introducción

En el entorno de las urgencias hospitalarias, las transferencias y los traslados de pacientes son procedimientos de vital importancia que requieren una gestión meticulosa y profesional.

La labor del celador sanitario es esencial en este contexto, ya que desempeña un papel crucial en garantizar que los pacientes sean trasladados de manera segura y eficiente a través de distintas áreas del hospital. Estas acciones no solo involucran el movimiento físico del paciente, sino también la coordinación con el personal médico, la comunicación efectiva y la consideración de las necesidades emocionales y físicas de los pacientes.

La urgencia hospitalaria es un ambiente donde el tiempo y la precisión son esenciales. Los pacientes pueden llegar en situaciones de emergencia que requieren evaluación médica y tratamiento inmediato. Las transferencias y traslados efectivos aseguran que los pacientes sean ubicados en las áreas adecuadas para su diagnóstico y atención, contribuyendo a una respuesta rápida y al alivio de su condición.

En esta exploración, examinaremos a fondo el papel crítico del celador sanitario en las transferencias y los traslados de pacientes en el entorno de las urgencias hospitalarias. Abordaremos cómo la labor del celador no solo se trata de mover físicamente a los pacientes, sino de ser un eslabón esencial en la cadena de atención médica de emergencia.

A medida que profundizamos en el tema, exploraremos los aspectos clave de la labor del celador en este contexto, como la importancia de la comunicación efectiva, la coordinación con el personal médico y la garantía de la seguridad del paciente durante el proceso de traslado.

2 Objetivos

Los objetivos que se han planteado para la realización de la revisión, son los siguientes.

- Identificar la eficacia de las distintas transferencias y traslados que realiza el celador en el ámbito de las urgencias de un hospital.
- Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario en esta área de urgencias.
- 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 PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

- Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("emergency area" OR "hospital emergency" OR emergency) AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker) AND random*[tw].

4 Resultados

Las transferencias y los traslados de pacientes en las urgencias hospitalarias son procesos críticos que requieren una atención y ejecución precisas para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

El celador sanitario desempeña un papel fundamental en estos procedimientos, ya que su función principal es asistir en el traslado de pacientes dentro del hospital, incluyendo las áreas de urgencias.

Estas tareas demandan habilidades específicas, conocimientos técnicos y una atención especializada para asegurar una atención efectiva y segura.

Importancia de las Transferencias y Traslados en Urgencias:

1. Atención Continua:

Las urgencias hospitalarias son puntos críticos de atención médica. Los pacientes pueden ser transferidos desde la ambulancia o la sala de espera hacia áreas de evaluación, tratamiento o diagnóstico.

2. Diagnóstico Rápido:

Trasladar al paciente a la ubicación adecuada permite una evaluación y diagnóstico rápido, lo que es esencial en situaciones de emergencia.

3. Cuidado Eficiente:

Los traslados eficientes ayudan a optimizar el flujo de pacientes en las urgencias, permitiendo que se administre el cuidado necesario en el momento adecuado.

4. Seguridad del Paciente:

Transferir y trasladar correctamente a los pacientes es fundamental para prevenir caídas, lesiones y agravamiento de su estado.

Papel del Celador Sanitario en Transferencias y Traslados:

1. Movilización Segura:

El celador sanitario tiene la formación y la experiencia necesarias para movilizar a los pacientes de manera segura y adecuada, ya sea en camillas, sillas de ruedas u otros dispositivos.

2. Coordinación:

El celador sanitario colabora con el personal médico y de enfermería para coordinar los traslados y asegurarse de que se realicen en el momento oportuno.

3. Apoyo Emocional:

Además de la parte física, el celador puede brindar apoyo emocional al paciente y sus familiares durante el traslado, especialmente en situaciones de estrés.

4. Conocimiento de Procedimientos:

El celador debe estar familiarizado con los protocolos de traslado, las vías de evacuación y las medidas de seguridad en caso de emergencia.

Desafíos y Consideraciones:

1. Comunicación:

La comunicación efectiva entre el celador, el personal médico y el paciente es esencial para asegurar la comprensión de los procedimientos y las necesidades del paciente.

2. Sensibilidad Cultural:

En un entorno hospitalario diverso, es importante tener en cuenta las diferencias culturales y las necesidades individuales de los pacientes durante los traslados.

3. Equipamiento Adecuado:

El celador debe asegurarse de contar con el equipo adecuado, como camillas y sillas de ruedas, para realizar los traslados de manera segura.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador sanitario en las transferencias y traslados de pacientes en el entorno de las urgencias hospitalarias es fundamental para garantizar la atención eficaz, segura y ordenada de los individuos que llegan en situaciones de emergencia.

Tras la investigación realizada, se comprueba la importancia crucial de esta labor y cómo contribuye al funcionamiento integral de un departamento de urgencias. El celador sanitario desempeña un rol multifacético durante los traslados y las transferencias. Además de movilizar físicamente a los pacientes, también desempeña un papel en la coordinación y comunicación con el personal médico y de enfermería. La capacidad del celador para mantener una comunicación efectiva y una colaboración fluida es esencial para asegurar que el paciente sea dirigido correctamente hacia la atención adecuada.

La seguridad del paciente es una prioridad principal en las urgencias hospitalarias. El celador sanitario se convierte en un guardián de esta seguridad, asegurándose de que los procedimientos de transferencia se realicen sin riesgos de caídas, lesiones u otros incidentes. Su entrenamiento y experiencia en el manejo de camillas y sillas de ruedas, así como su sensibilidad hacia las necesidades individuales de los pacientes, contribuyen a un proceso de traslado exitoso.

El entorno de urgencias demanda un alto grado de agilidad y eficiencia. En este sentido, el celador sanitario aporta fluidez al flujo de pacientes y contribuye a que las evaluaciones y los tratamientos sean administrados a tiempo. Además, su

presencia puede brindar tranquilidad a los pacientes y sus familias en situaciones estresantes y críticas.

6 Bibliografía

1. Bergman LM, Pettersson ME, Chaboyer WP, Carlström ED, Ringdal ML. Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study. *Crit Care Med*. 2017;45: e1043—9.
2. Shirley PJ, Bion JF. Intra-hospital transport of critically ill patients: minimising risk. *Intensive Care Med*. 2004;30: 1508—10. 38. Kwack WG, Yun M, Lee DS, Min H, Choi YY, Lim SY, et al. Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: a cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e13490.
3. Burgueno P, González C, Sarralde A, Gordo F. Transporte interhospitalario con membrana de oxigenación extracorpórea: cuestiones a resolver. *Med Intensiva*. 2019;43:90—102.
4. Bosch-Alcaraz A, Alcolea-Monge S, Dominguez-Delso MC, Santaolalla-Bertolin M, Segura-Matute S. Complicaciones del traslado intrahospitalario del paciente pediátrico en oxigenación por membrana extracorpórea. *Med Intensiva*. 2019;43:507—8.
5. Burgueno Laguía P, Argudo E, Enríquez Corrales F, González Barrutia V, Sánchez-Satorra M, Morales-Codina M. Medicina Intensiva y Medicina Extrahospitalaria: ¿la integración supone la clave del éxito? Proyecto Integra. *Med Intensiva*. 2020;44:251—4.

Capítulo 264

EL TRABAJO DEL CELADOR SANITARIO CON PACIENTES ANCIANOS QUE SUFREN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

ANA BELEN MARTIN DIAZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una condición neurodegenerativa que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, en su mayoría ancianos. La complejidad y los desafíos asociados con esta enfermedad hacen que la atención y el cuidado de estos pacientes sean especialmente importantes y demandantes. En este contexto, el rol del celador sanitario cobra una relevancia excepcional al brindar un apoyo esencial para garantizar la comodidad, la seguridad y la atención adecuada a aquellos pacientes que sufren de la enfermedad de Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer trae consigo la pérdida gradual de la memoria, la capacidad cognitiva y la autonomía funcional. Los pacientes pueden experimentar

confusión, desorientación y dificultades para comunicarse. En este panorama, el celador sanitario se convierte en un pilar fundamental al colaborar en las diversas actividades y tareas de atención que estos pacientes requieren en un entorno hospitalario.

En esta exploración, se abordará en profundidad el trabajo del celador sanitario con pacientes ancianos que padecen la enfermedad de Alzheimer. Se explorará la importancia de este rol en el contexto de la atención hospitalaria, destacando cómo el celador puede marcar la diferencia en la calidad de vida y el bienestar de estos pacientes.

A medida que profundicemos en el tema, se analizarán las funciones clave del celador sanitario, desde la movilización y el traslado hasta la asistencia en las actividades cotidianas y la comunicación sensible. Se abordarán los desafíos específicos que enfrenta el celador al tratar con pacientes con Alzheimer y cómo su enfoque empático y adaptado contribuye a abordar estas situaciones de manera efectiva.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia de las distintas transferencias y traslados que realiza el celador con pacientes que sufren de Alzheimer.
- Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario con pacientes que sufren de Alzheimer.
- Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

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 PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre marzo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("Alzheimer's patient" OR "alzheimer's disease" OR alzheimer) AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker) AND "patient transfers".

4 Resultados

El trabajo del celador sanitario con pacientes ancianos que sufren de la enfermedad de Alzheimer reviste una importancia particular debido a las necesidades especiales y los desafíos únicos que presenta esta población. La enfermedad de Alzheimer es una condición neurodegenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y el comportamiento, y que puede requerir una atención y un enfoque sensibles para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el celador sanitario juega un papel esencial al proporcionar apoyo, seguridad y cuidado a estos individuos vulnerables.

Importancia del Trabajo del Celador Sanitario con Pacientes Ancianos con Alzheimer:

1. Cuidado Especializado: Los pacientes con enfermedad de Alzheimer a menudo tienen necesidades de cuidado específicas debido a su deterioro cognitivo y funcional.
2. Seguridad: La enfermedad de Alzheimer puede hacer que los pacientes sean propensos a la confusión, desorientación y riesgos en el entorno hospitalario. El celador sanitario ayuda a mantener un ambiente seguro.
3. Comunicación Sensible: La comunicación con pacientes con Alzheimer requiere un enfoque comprensivo y claro, ya que pueden tener dificultades para expresarse o comprender instrucciones.
4. Apoyo Emocional: La enfermedad puede causar ansiedad y estrés en los pacientes, y el celador puede proporcionar apoyo emocional a través de su presencia y compasión.

Funciones del Celador Sanitario con Pacientes con Alzheimer:

1. Movilización y Traslados: El celador ayuda en el traslado y movilización de pacientes, asegurándose de que se realicen de manera segura y respetuosa.
2. Ayuda con las Actividades Cotidianas: Puede asistir en la alimentación, el aseo y otras actividades diarias que los pacientes puedan encontrar desafiantes.
3. Vigilancia: El celador puede observar los cambios en el estado de los pacientes y reportar cualquier problema al personal médico.
4. Colaboración: Trabaja en equipo con el personal de enfermería y médico para brindar un cuidado integral y coordinado.

Desafíos y Consideraciones:

1. Sensibilidad y Empatía: El celador debe ser empático y compasivo al tratar con pacientes que pueden experimentar confusión, frustración y ansiedad debido a su enfermedad.
2. Comunicación Adaptada: La comunicación efectiva implica utilizar un

lenguaje simple y comprensible, así como dar instrucciones de manera clara y paciente.

3. Adaptabilidad: Cada paciente es único, por lo que el celador debe estar preparado para abordar diversas situaciones y comportamientos.

4. Respeto por la Dignidad: Mantener la dignidad y el respeto hacia los pacientes en todo momento es fundamental, incluso cuando las tareas de cuidado pueden ser íntimas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador sanitario con pacientes ancianos que sufren de la enfermedad de Alzheimer desempeña un papel de vital importancia en la atención hospitalaria. La complejidad y los desafíos únicos asociados con esta enfermedad demandan un enfoque sensible, empático y adaptado por parte de los celadores, quienes se convierten en guardianes de la comodidad, la seguridad y la dignidad de estos pacientes.

A lo largo de esta exploración, hemos comprendido que el trabajo del celador no se limita a tareas técnicas, sino que también implica la capacidad de brindar apoyo emocional y compasión a pacientes que enfrentan la pérdida progresiva de su autonomía y capacidad cognitiva. La adaptabilidad del celador en la comunicación y la interacción con pacientes con Alzheimer es esencial para establecer una conexión empática y facilitar la comprensión mutua.

La movilización y el traslado de pacientes con Alzheimer requieren una atención especializada debido a la confusión y la desorientación que pueden experimentar. El celador, a través de su entrenamiento y experiencia, se asegura de que estos procedimientos se realicen de manera segura y respetuosa, minimizando el estrés y el riesgo para el paciente.

La asistencia en las actividades cotidianas es otra faceta crucial del trabajo del celador. La enfermedad de Alzheimer puede afectar la capacidad del paciente para realizar tareas simples, y la presencia y ayuda del celador en aspectos como la alimentación, el aseo y el confort son invaluable para la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

2. Goñi Sarriés A., Zandio Zorrilla M. El suicidio: un reto para la prevención. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. Diciembre 2017; Volumen 40 (3): 335-338. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300335&lng=es&nrm=iso
3. Grande, M. M. "El papel de la predicción en la prevención del suicidio". *Diálogos en neurociencia clínica* [Internet]. 2018. Volumen 20,3: 197-205. Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih.gov/accedys2.bbt.ull.es/pmc/articles/PMC6296389/>
4. Domínguez Fernández N., Pintor Holguin E., González Murillo AP., Rubio Alonso M., Herreros Ruiz-Valdepeñas B. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias. *Metas de Enferm* jul/ago [Internet]. 2012; Volumen 15(6): 66-70. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80338/>
5. Camacho-Markina I. y Santos-Diez, M.T. El reflejo de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio en la prensa española. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* [Internet]. 2020; Volumen 26 (3), 903-913. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?as_ylo=2017&q=suicidio+segun+la+oms&hl=es&as_sdt=0,5
6. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities; 2004.
7. An oficial EU website [Internet]. Unión Europea: Comisión Europea; 1958. Disponible en: Mental health | Salud pública (europa.eu)

Capítulo 265

LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS Y EL TRABAJO DEL TRABAJO DEL CELADOR CON LOS TRASLADOR DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

MARIA DEL PILAR PEREZ PAREJA

ANA BELEN MARTIN DIAZ

MARIA JOSE SANCHEZ TOMAS

ANGEL MANUEL GREGORIO MARTÍN

ANA MYRIAM GARCIA GÓMEZ

1 Introducción

Los centros sociosanitarios juegan un papel fundamental en la atención y cuidado de los pacientes geriátricos y aquellos que requieren una atención especializada debido a su estado de salud. Estos centros brindan un enfoque integral que combina aspectos médicos y sociales para satisfacer las necesidades únicas de esta población. En este entorno, el trabajo del celador cobra una relevancia excepcional al desempeñar un papel esencial en el traslado de los pacientes geriátricos dentro de estas instalaciones. Más allá de la simple movilización física, el celador se convierte en un apoyo crucial para garantizar la seguridad, el bienestar y el trato digno de los pacientes vulnerables.

La atención a los pacientes geriátricos en centros sociosanitarios implica consideraciones médicas, emocionales y sociales. Estos pacientes pueden enfrentar desafíos relacionados con la movilidad, la demencia, las discapacidades y otras afecciones propias de la vejez. Por lo tanto, el trabajo del celador en el proceso de traslado no solo involucra la transferencia física, sino también la empatía, la comunicación efectiva y la adaptación a las necesidades cambiantes de los pacientes.

En esta exploración, se analizará en profundidad el trabajo del celador en el contexto de los centros sociosanitarios y su rol en el traslado de pacientes geriátricos. Se resaltarán la importancia de este papel en la atención integral de los pacientes y cómo el celador se convierte en un enlace esencial entre el personal médico y los pacientes.

A medida que profundicemos en el tema, exploraremos las funciones clave del celador en el proceso de traslado, desde la movilización segura y la comunicación efectiva hasta el apoyo emocional. También abordaremos los desafíos específicos que enfrentan los celadores al tratar con pacientes geriátricos, como la adaptabilidad a las capacidades cambiantes y la sensibilidad hacia las necesidades individuales.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia de las distintas transferencias y traslados que realiza el celador con pacientes que están en centros sociosanitarios.
- Observar las modalidades de traslados que realiza el celador sanitario con pacientes que están en geriátricos.
- Conocer las variables que se evalúan y las herramientas para la medición usadas en los estudios.

3 Metodología

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 PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("social health center" OR "geriatric" AND ("health caretaker" OR watchman OR overlooker) AND "patient transfers".

4 Resultados

Los centros sociosanitarios desempeñan un papel crucial en la atención integral de pacientes geriátricos y aquellos que requieren cuidados especiales debido a su estado de salud. En este contexto, el trabajo del celador adquiere una importancia significativa al llevar a cabo el proceso de traslado de pacientes geriátricos dentro de estas instalaciones. El rol del celador no solo implica la movilización física, sino también la garantía de un trato respetuoso, seguro y eficiente para los pacientes más vulnerables.

Importancia de los Centros Sociosanitarios y el Trabajo del Celador:

1. Cuidado Integral: Los centros sociosanitarios brindan una atención integral que combina aspectos médicos y sociales para satisfacer las necesidades de los pacientes geriátricos y aquellos con discapacidades.
2. Atención Especializada: Estos centros se adaptan para abordar condiciones de salud específicas, como demencias, discapacidades físicas y necesidades de rehabilitación.
3. Ambiente Familiar: Los centros sociosanitarios se esfuerzan por crear un ambiente que fomente la comodidad y la interacción social, promoviendo la calidad de vida de los residentes.

Funciones del Celador en el Traslado de Pacientes Geriátricos:

1. Movilización Segura: El celador es responsable de trasladar a los pacientes de manera segura y confortable, teniendo en cuenta su estado de salud y movilidad.
2. Apoyo Emocional: Los traslados pueden ser estresantes para los pacientes. El celador brinda apoyo emocional y tranquilidad durante el proceso.
3. Comunicación: Una comunicación clara y comprensible es fundamental para que el paciente se sienta seguro y entendido durante el traslado.
4. Coordinación: El celador colabora con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que los traslados se realicen en el momento adecuado y en función de las necesidades del paciente.

Desafíos y Consideraciones:

1. Respeto y Dignidad: El celador debe garantizar que el paciente sea tratado con respeto y dignidad en todo momento, considerando sus necesidades individuales y preferencias.
2. Capacidades Cambiantes: Los pacientes geriátricos pueden experimentar cambios en su salud y movilidad. El celador debe ser adaptable y sensible a estos cambios.
3. Comunicación Sensible: La comunicación efectiva con pacientes que pueden tener problemas de audición, visión o cognitivos es esencial para asegurar su

comprensión y tranquilidad.

4. Seguridad: La seguridad del paciente durante el traslado es una prioridad. El celador debe conocer y seguir los procedimientos de seguridad establecidos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del celador en los centros sociosanitarios y su función en el traslado de pacientes geriátricos es un componente esencial en la atención integral de esta población vulnerable. A lo largo de esta exploración, hemos podido comprender la importancia crítica de este rol y cómo contribuye directamente al bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

Los centros sociosanitarios desempeñan un papel fundamental al brindar una atención integral que aborda las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes geriátricos. En este entorno, el celador se convierte en un enlace vital entre el personal médico y los pacientes, asegurando que los traslados se realicen con seguridad, empatía y respeto por la dignidad de cada individuo.

El traslado de pacientes geriátricos no es solo una cuestión de movilización física, sino también de proporcionar apoyo emocional durante momentos potencialmente estresantes. El celador desempeña un papel clave al brindar tranquilidad y confort a los pacientes, lo que puede contribuir significativamente a su sensación de seguridad y bienestar.

La adaptabilidad es esencial en el trabajo del celador con pacientes geriátricos, ya que las capacidades y las necesidades de estos pacientes pueden cambiar con el tiempo. La comunicación efectiva y sensible, así como el respeto por las preferencias individuales, son componentes cruciales para asegurar una experiencia de traslado positiva.

6 Bibliografía

1. Chen W, Hung Y, Huang SJ, et al. (2019). Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. *Schiz.Res* 208: 60-66.
2. Gaebel W, Grossimlinghaus I, Heun R, et al. (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European psychiatry. J. Association of European Psychiatrists* 30(3):360-87.
3. Hailemariam M, Fekadu A, Medhin G, et al. (2019). Equitable access to mental healthcare integrated in primary care for people with severe mental disorders in

rural Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* 13: 78.

4. Hastrup LH, Aagaard J. (2015). Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up. *Nordic J. psychiatry* 69(2): 110-7.

5. Isaacs A, Beauchamp A, Sutton K. and Kocaali N. (2019). Care Coordination Can Reduce Unmet Needs of Persons With Severe and Persistent Mental Illness. *Front Psychiatry* 10: 563.

6. Lawn S, Lloyd A, King A, et al. (2014). Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC Res. Notes* 7:66.

• Le Boutillier C, Slade M, Lawrence V, et al. *Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery*. *Adm. Policy Mental Health*. 2014.

7. Martin-Perez, C., J. J. Herrero-Martin, G. Perez-Lopez, R. et al. (2019). Severe Mental Illness in Community Mental Health Care in Spain: Prevalence and Related Factors. *J Nerv Ment Dis* 207(2): 106-111

Capítulo 266

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y LOS CUIDADOS QUE REQUIEREN ESTOS PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

BEATRIZ ROJO MAYO

DAVID ARROYO ORTEGA

JOSE SOTO GARCIA

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

1 Introducción

La Diabetes Mellitus Tipo 2, una enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo procesa la glucosa, representa un desafío de salud global que requiere un enfoque integral en su manejo y cuidado. Los pacientes que padecen esta condición enfrentan la necesidad de controlar constantemente sus niveles de glucosa en sangre y adoptar cambios en su estilo de vida para evitar complicaciones a largo plazo. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería adquiere una relevancia crucial al brindar los cuidados necesarios y el apoyo emocional a estos pacientes.

En este documento, exploraremos en detalle la interacción entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Analizaremos cómo su labor abarca desde la monitorización de glucosa y la administración de medicamentos hasta la educación sobre dieta y ejercicio. Además, destacaremos su papel en el cuidado de los pies y la observación de síntomas, así como el apoyo emocional que proporcionan a los pacientes. También consideraremos cómo su colaboración en el registro y la documentación contribuye a un manejo efectivo de la enfermedad.

En un contexto donde la educación, el apoyo y el seguimiento son esenciales para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería refleja su compromiso con la mejora del bienestar de los pacientes. A lo largo de este documento, exploraremos cómo su dedicación y habilidades desempeñan un papel esencial en el manejo adecuado de esta enfermedad crónica, al brindar una atención integral que se traduce en una mejor calidad de vida y la prevención de complicaciones a largo plazo.

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 que ejercen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trato con pacientes con diabetes.

Objetivo secundario:

- Dar a conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo junto a pacientes que sufren de diabetes.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de junio de 2023 y agosto 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 12 artículos, seleccionados finalmente 6 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (diabetes OR “patients with diabetes”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo.

Los pacientes con esta condición requieren un manejo cuidadoso para controlar sus niveles de glucosa en sangre y prevenir complicaciones a largo plazo.

En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es esencial para brindar apoyo y cuidados fundamentales a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

A lo largo de este texto, exploraremos la relación entre esta enfermedad y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Monitorización de glucosa:

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 necesitan controlar sus niveles de glucosa en sangre regularmente. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden asistir en la obtención de muestras de sangre para pruebas de glucosa y en la interpretación de los resultados.

2. Administración de medicamentos:

Algunos pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 pueden requerir medicamentos para ayudar a controlar sus niveles de glucosa. Los técnicos pueden colaborar en la administración de medicamentos orales o inyectables según las indicaciones médicas.

3. Educación sobre dieta y ejercicio:

Los técnicos pueden brindar información básica sobre la importancia de una dieta equilibrada y el ejercicio regular en el control de la diabetes. Pueden recordar a los pacientes la necesidad de seguir las pautas dietéticas y de actividad física.

4. Cuidado de pies:

Los pacientes con diabetes son propensos a problemas en los pies debido a la mala circulación y la neuropatía. Los técnicos pueden enseñar a los pacientes sobre la importancia de la higiene y el cuidado adecuado de los pies, además de ayudar en la inspección regular.

5. Observación de síntomas:

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden estar atentos a los síntomas de complicaciones agudas o cambios en la condición de los pacientes, como hipoglucemia o hiperglucemia, y comunicarlos al equipo médico.

6. Apoyo emocional:

El diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 puede ser un desafío emocional. Los técnicos pueden brindar apoyo y aliento a los pacientes, ayudándolos a lidiar con el impacto emocional de la enfermedad.

7. Registro y documentación:

Llevar un registro de la administración de medicamentos, los niveles de glucosa y otros aspectos relevantes es esencial. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden asegurarse de que se mantengan registros precisos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 es de una importancia crucial para asegurar un manejo efectivo y compasivo de esta enfermedad crónica. Su labor abarca una amplia gama de responsabilidades, desde la monitorización de los niveles de glucosa y la administración de medicamentos hasta la educación sobre el estilo de vida saludable y el apoyo emocional a los pacientes.

La monitorización regular de los niveles de glucosa y la administración precisa de medicamentos son esenciales para evitar complicaciones agudas y a largo plazo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel clave en esta tarea, brindando la atención necesaria con precisión y empatía.

La educación sobre la dieta y el ejercicio es fundamental para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ofrecen información valiosa a los pacientes, empoderándolos para tomar decisiones saludables en su vida diaria.

El apoyo emocional proporcionado por los técnicos es invaluable para los pacientes que enfrentan el diagnóstico y el manejo de esta enfermedad crónica. Su comprensión y aliento ayudan a los pacientes a sobrellevar los desafíos emocionales asociados con la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Además, su colaboración en la observación de síntomas, el cuidado de los pies y el registro adecuado de la información contribuyen directamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes.

En un entorno donde el control efectivo y el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 son esenciales para prevenir complicaciones graves, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería demuestra cómo su dedicación y habilidades influyen directamente en la calidad de vida y la salud a largo plazo de los pacientes.

Su labor es un testimonio del compromiso de la atención médica con la prevención y el cuidado compasivo en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes.

6 Bibliografía

1. Vazquez Vazquez, A. (2021). Diabetes Mellitus: Tratamiento y educación sanitaria. NPunto Diabetes, 4(44), 16. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/44/diabetes-mellitus-tratamiento-y-educacionsanitaria>.
2. Gallardo Solarte, R., & Ortiz Nievas, V. (Febrero de 2021). Impacto de la intervención pedagógica en la competencia de cuidado. Revista Ciencias de la Salud, 19(2), 9. Obtenido de: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56267150001/html/index.html>.
3. Herrera Franco, E., & Taparcúa Cardona, F. E. (2019). Estrategias de Educación dirigidas a personas con Diabetes: Experiencias y Perspectivas de pacientes mayores de 14 años y profesionales de la salud, 2019. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Ciencias de la Salud, Colombia. Obtenido de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/12900/1/HerreraElizabet_h_2019_EstrategiasEducacionDiabetes.pdf.
4. Benavides, A., Carrasco, B., Chávez, C., Garrido, V., Javiera Orellana, M., & Pozo, A. (20 de Abril de 2020). Intervención de enfermería; Educación en cuidados del pie diabético. Revista en Enfermería Confluencia, 2(1), 5.
5. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Diabetes. OPS, Bélgica. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.

Capítulo 267

EL SONDAJE HOSPITALARIO Y LA AYUDA Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

JOSE SOTO GARCIA

DAVID ARROYO ORTEGA

BEATRIZ ROJO MAYO

1 Introducción

El sondaje hospitalario es un procedimiento médico que desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes hospitalizados. Esta técnica consiste en la inserción de una sonda en el cuerpo del paciente para diversos propósitos, como la eliminación de líquidos o la administración de medicamentos. La realización adecuada y compasiva de este procedimiento es esencial para garantizar la comodidad y seguridad del paciente, así como para prevenir complicaciones.

En este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental. Los técnicos son responsables de brindar una asistencia cercana y compasiva durante el sondaje hospitalario, asegurándose de que el procedimiento se

lleve a cabo de manera adecuada y respetuosa. A lo largo de este documento, exploraremos la relación entre el sondaje hospitalario y la valiosa ayuda y cuidados proporcionados por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Analizaremos cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se preparan para el procedimiento, brindan apoyo emocional a los pacientes, asisten en el proceso mismo, observan y cuidan a los pacientes después del sondaje, y colaboran con el equipo de atención médica en la comunicación y monitoreo de posibles complicaciones.

En un entorno hospitalario donde el bienestar físico y emocional del paciente es prioritario, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el sondaje hospitalario es una expresión tangible de su compromiso con la atención compasiva y efectiva. A través de su dedicación y habilidades, los técnicos contribuyen significativamente a la calidad de la atención médica y a la experiencia positiva de los pacientes durante este procedimiento vital.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales cuidados que se ejercen desde los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el desempeño de la colocación de la sonda.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el trabajo junto a los enfermeros en el sondaje.

3 Metodología

Nuestra revisión se realizó entre los meses de junio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo y Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 12 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos. La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“bladder catheterization” OR “hospital catheterization”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El sondaje hospitalario es un procedimiento médico en el que se introduce una sonda en el cuerpo de un paciente para diversos fines, como la administración de líquidos, la eliminación de orina o la obtención de muestras. Este proceso es esencial en el entorno hospitalario para el tratamiento y cuidado de pacientes que requieren asistencia en la eliminación de líquidos o que necesitan una vía de administración directa de medicamentos. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es fundamental para brindar la ayuda y los cuidados necesarios en todo el proceso de sondaje. A lo largo de este texto, exploraremos la relación entre el sondaje hospitalario y el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Preparación del equipo: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel crucial en la preparación del equipo necesario para el procedimiento de sondaje. Esto incluye asegurarse de que todas las herramientas y materiales estén esterilizados y listos para su uso.
2. Apoyo emocional: El sondaje puede ser un procedimiento incómodo y embarazoso para algunos pacientes. Los técnicos brindan apoyo emocional, explican el proceso y tranquilizan a los pacientes, creando un ambiente de confianza.
3. Asistencia durante el procedimiento: Durante el procedimiento de sondaje, los técnicos pueden colaborar directamente con el personal de enfermería o médico, proporcionando los elementos necesarios y apoyando al paciente para garantizar su comodidad y seguridad.
4. Observación y cuidados post-sondaje: Después del procedimiento, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben estar atentos a cualquier complicación o molestia que el paciente pueda experimentar debido al sondaje. Esto incluye el monitoreo de la función de la sonda y la observación de signos de infección.
5. Educación al paciente: Los técnicos pueden educar al paciente sobre el cuidado de la sonda, la importancia de mantenerla limpia y cómo prevenir posibles complicaciones.
6. Comunicación con el equipo de atención: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel importante al comunicar cualquier problema o preocupación relacionada con la sonda al equipo médico o de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el procedimiento de sondaje hospitalario, asegurando que se realice de manera efectiva, segura y con compasión. Su labor abarca desde la preparación y apoyo emocional antes del procedimiento hasta el cuidado y observación posterior, lo que contribuye directamente al bienestar y confort del paciente.

La asistencia brindada por los técnicos durante el sondaje hospitalario va más allá de la parte técnica del procedimiento; también incluye el apoyo emocional y la empatía que ofrecen a los pacientes que pueden sentirse incómodos o ansiosos. Su capacidad para crear un ambiente de confianza y tranquilidad es fundamental para que el procedimiento sea lo más tolerable posible para el paciente.

La comunicación efectiva con el equipo de atención médica y la observación constante después del procedimiento son aspectos críticos para prevenir complicaciones y garantizar una recuperación sin problemas. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel importante al informar cualquier problema o preocupación y al garantizar que se brinden los cuidados adecuados. En un entorno hospitalario donde el respeto por la dignidad y el bienestar del paciente es primordial, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el sondaje hospitalario destaca su contribución a una atención médica completa y compasiva. Su dedicación y habilidades marcan una diferencia significativa en la experiencia del paciente y en la calidad general de la atención proporcionada en un momento crucial y delicado.

6 Bibliografía

1. Rivas I. Efectividad de los cuidados de enfermería en pacientes con cateter urinario para la disminución de las complicaciones en el servicio de emergencia. Lima: (Tesis de Especialidad). Universidad Norbert Wiener; 2019.
2. Mendoza M, Zúñiga R. Protocolo de gestión para disminuir la incidencia de infecciones urinarias en adultos portadores de sonda vesical, clínica privada, Chiclayo. Lima: (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo; 2018.
3. Quijada P, Flores A, Labrador I, Araque M. Estudio clínico y microbiológico de la infección urinaria asociada a catéter, en los servicios de medicina interna de un hospital universitario venezolano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017; 34(1).
4. De Almeida M, Gama P, De Dios M, Gómez S, Pina P. El modelo teórico enfer-

mero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. *Rev Gaúchua Enferm.* 2021;(42)

5. Catagua A, Pinargote N. Infecciones Urinarias Asociadas a Cateter Vesical Intermitente Versus. *Pol. Con.* 2021 Diciembre; 6(12).

6. López D, Marrero C, Milá M. Infecciones urinarias y su relación con catéter vesical en pacientes ingresados. *Revista Médica Electrónica.* 2022; 44(1).

7. Escobar E, Mesa I, Ramírez A, Altamirano L. Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2021; 40(3): p. 222-230.

Capítulo 268

EL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS CENTROS DE SALUD DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SANDRA MARTÍN ESTREMERÁ

DAVID ARROYO ORTEGA

BEATRIZ ROJO MAYO

NEREA DIAZ-CACHO GUTIÉRREZ

JOSE SOTO GARCIA

1 Introducción

La atención primaria y los centros de salud desempeñan un papel fundamental en el sistema de atención médica al ser la puerta de entrada para los pacientes y la base para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En estos entornos, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería cobra vital importancia al proporcionar una atención cercana y esencial a los pacientes. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se convierte en un enlace crucial entre los profesionales de la salud y los pacientes, brindando una amplia gama de servicios que abarcan desde la atención directa hasta la educación en salud.

En este documento, exploraremos de manera detallada cómo el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería impacta la atención primaria y los centros de salud. Analizaremos cómo su labor en la atención y el apoyo a los pacientes, la educación en salud, la colaboración con el equipo médico, la gestión de registros y la promoción de la salud contribuyen directamente a una atención médica más completa y de calidad.

A lo largo de este texto veremos cómo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ocupan un lugar fundamental en el engranaje de atención primaria y en centros de salud al brindar cuidados básicos, asistencia en procedimientos, educación en salud y coordinación con el equipo de atención. Su compromiso y habilidades influyen positivamente en la experiencia de los pacientes y en la promoción del bienestar de la comunidad en su conjunto.

En un contexto donde la atención primaria y la prevención son esenciales para la salud pública, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se destaca como una pieza clave en la provisión de servicios médicos accesibles y de calidad. A través de su labor, los técnicos desempeñan un rol valioso en la construcción de una base sólida de cuidados médicos que benefician a individuos y comunidades en la búsqueda de una vida saludable y equilibrada.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria y los centros de salud.

3 Metodología

Nuestra revisión bibliográfica se realizó entre los meses de julio de 2023 y septiembre de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo y Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 19 artículos, seleccionados finalmente 16 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“primary care” OR clinic) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo en atención primaria y en centros de salud es un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud a la comunidad. Estos espacios son la primera línea de contacto para los pacientes, donde se brindan servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos esenciales. En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de gran importancia, ya que despliega una serie de habilidades y responsabilidades que contribuyen directamente a la atención integral y de calidad en estos entornos. A lo largo de este documento, exploraremos la relación entre el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su labor en atención primaria y en centros de salud.

1. Atención y apoyo a pacientes: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel clave en la atención directa a los pacientes en centros de salud. Brindan cuidados básicos, como la medición de signos vitales, la administración de medicamentos y la asistencia en procedimientos menores, lo que contribuye al bienestar y recuperación de los pacientes.
2. Educación en salud: Los técnicos pueden colaborar en la educación de los pacientes sobre hábitos de vida saludables, prevención de enfermedades y manejo de condiciones crónicas. Su interacción cercana con los pacientes les permite proporcionar información práctica y comprensible.
3. Apoyo a profesionales de la salud: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería trabajan en colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en la evaluación y cuidado de los pacientes. Su labor ayuda a optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios brindados.
4. Gestión de registros y documentación: Mantener registros precisos y actualizados es esencial en atención primaria. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen a la gestión de la documentación médica y a la recopilación de información relevante para el diagnóstico y tratamiento.
5. Prevención y promoción de la salud: Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería participan en campañas de prevención y promoción de la salud, como vacunaciones y detección temprana de enfermedades. Su labor contribuye a la salud a largo plazo de la comunidad.
6. Coordinación y comunicación: Los técnicos actúan como enlace entre los pacientes y el equipo médico, facilitando la comunicación y garantizando que los pacientes reciban la atención adecuada y oportuna.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria y en centros de salud es de suma importancia para brindar una atención médica integral, accesible y de calidad a la comunidad. A través de su labor en estos entornos, los técnicos demuestran un compromiso con el bienestar de los pacientes y la promoción de la salud en general.

La atención directa y el apoyo a los pacientes son elementos esenciales de la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Su presencia cercana y su capacidad para realizar tareas como la medición de signos vitales y la administración de medicamentos son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan.

La educación en salud es otro aspecto clave de su trabajo. Los técnicos brindan información práctica y comprensible a los pacientes, empoderándolos para tomar decisiones informadas sobre su bienestar y estilo de vida.

La colaboración con el equipo médico es crucial para lograr una atención integral y coordinada. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería trabajan codo a codo con médicos y enfermeras para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y oportuna.

La gestión de registros y la promoción de la salud también son facetas importantes de su labor. Mantener registros precisos contribuye a la continuidad de la atención y la toma de decisiones informadas, mientras que la promoción de la salud ayuda a prevenir enfermedades y a mantener a la comunidad saludable.

6 Bibliografía

1. Fundación Atención Primaria. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Agilidad? (Adaptación al cambio en momentos de crisis). Actividad con número de registro 09/029335-MD acreditada por el Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries. 2021.
2. Pedrera Carbonell V, Bonet Plá Á, Scharwz Chávarri G, et al. [Internet] Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/11/2008.-DOCU-25-DESBURUOCRATIZACI%C3%93N.pdf>.
3. Informes CAMFIC. Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació. Barcelona. 2021 http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_14356_EBLOG_4160.pdf.

4. Criado Quesada B, Zorrilla Muñoz Vanessa, Agulló Tomás V. <https://doi.org/10.5209/TEKN.74199>.
5. Varela J, Roure C, Brugués A, Bayona X, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya. Una aproximació a la realitat. Observatori la Gestió importa. Atención sanitaria basada en el valor. <http://lagestioimporta.cat/arees/innovant-en-latencio-primaria-acatalunya-una-aproximacio-a-la-realitat/>.
© 2021 Observatori La gestió importa.; Feb 2021;2–80.
6. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the United States During the COVID-19 pandemic. JAMA Intern Med. 2020;180(10):1389–91. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671>.

Capítulo 269

LA NUTRICIÓN ENTERAL Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LAURA PARREÑO LOPEZ

ANA MARÍA MERINO SALVANES

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

1 Introducción

La nutrición enteral, un componente vital en la atención médica, desempeña un papel crucial en la alimentación y el cuidado de pacientes que no pueden ingerir alimentos de manera oral debido a diversas condiciones médicas.

En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial al colaborar en la administración y supervisión de este tipo de alimentación. Su labor no solo implica la preparación y administración de los alimentos, sino también la monitorización del paciente y la colaboración con el equipo médico.

A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle las funciones clave que los TCAE desempeñan en el proceso de nutrición enteral. Desde la preparación de

las fórmulas hasta la vigilancia constante del paciente durante la administración, los TCAE son un pilar fundamental en la provisión de una alimentación adecuada y segura para aquellos pacientes que dependen de la nutrición enteral.

Este artículo explorará cómo los TCAE se convierten en un eslabón crucial en la cadena de atención médica, asegurando que los pacientes reciban la nutrición necesaria y que se lleve a cabo de manera segura y efectiva.

El papel de los TCAE en la nutrición enteral es esencial para garantizar que los pacientes reciban la nutrición adecuada cuando no pueden hacerlo por vía oral. Su trabajo meticuloso, atención a los detalles y colaboración con el equipo médico contribuyen directamente al bienestar de los pacientes y a la eficacia de su tratamiento nutricional.

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 la nutrición enteral.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la nutrición enteral.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de marzo de 2023 y julio de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico. Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 13 artículos, seleccionados finalmente 9 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“enteral nutrition” OR “hospital enteral nutrition”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

La nutrición enteral es un componente esencial en la atención médica, especialmente para aquellos pacientes que no pueden alimentarse de manera oral debido a diversas condiciones médicas.

En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental al proporcionar apoyo en la administración y supervisión de la nutrición enteral.

Sus funciones abarcan desde la preparación y administración de los alimentos hasta la monitorización del paciente y la colaboración con el equipo de atención médica.

Las funciones específicas de los TCAE en relación con la nutrición enteral son:

1. Preparación y Administración de Alimentos:

Los TCAE tienen la responsabilidad de preparar las fórmulas de nutrición enteral según las indicaciones médicas. Esto puede implicar mezclar los ingredientes de manera adecuada y asegurarse de que la fórmula esté lista para su administración. También son responsables de administrar la nutrición a través de sonda nasogástrica o gastrostomía, siguiendo los protocolos establecidos.

2. Vigilancia y Monitorización:

Durante la administración de la nutrición enteral, los TCAE deben estar atentos a cualquier signo de complicaciones o reacciones adversas. Esto incluye observar el estado del paciente, controlar la velocidad de administración y verificar que no haya obstrucciones en las sondas.

3. Higiene y Cuidado:

Los TCAE deben mantener una higiene meticulosa al manejar los equipos y las sondas de nutrición enteral. Esto ayuda a prevenir infecciones y garantiza la seguridad del paciente.

4. Colaboración con el Equipo Médico:

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que la nutrición enteral se administre de acuerdo con las necesidades y pautas médicas. Comunican cualquier cambio en la condición del paciente y reportan cualquier problema que surja durante la administración.

5. Registro y Documentación:

Llevar un registro preciso de la administración de la nutrición enteral, la cantidad administrada y cualquier observación relevante es crucial para el seguimiento del paciente y la toma de decisiones médicas informadas.

6. Apoyo Emocional:

La administración de la nutrición enteral puede ser un proceso emocionalmente

desafiante para el paciente. Los TCAE pueden brindar apoyo emocional al paciente y explicar el procedimiento para aliviar cualquier ansiedad o preocupación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que el papel desempeñado por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el contexto de la nutrición enteral es de suma importancia para garantizar la alimentación y el bienestar de pacientes que no pueden comer de manera oral debido a diversas condiciones médicas. A lo largo de esta exploración, hemos observado cómo los TCAE asumen un rol fundamental en todo el proceso de administración y supervisión de la nutrición enteral.

Desde la preparación cuidadosa de las fórmulas hasta la atención meticulosa durante la administración, los TCAE demuestran su dedicación al cuidado de los pacientes y su compromiso con la seguridad y la eficacia del tratamiento.

La comunicación constante y la colaboración con el equipo médico son esenciales para asegurarse de que la nutrición enteral se administre de acuerdo con las necesidades del paciente y las pautas médicas.

La labor de los TCAE va más allá de la administración de alimentos; se trata de proporcionar apoyo emocional a los pacientes, garantizar la higiene y prevenir infecciones, así como mantener registros precisos para el seguimiento médico. Su participación en este proceso muestra su capacidad para desempeñar múltiples roles en la atención médica, brindando comodidad y cuidado integral a los pacientes que dependen de la nutrición enteral.

Los TCAE desempeñan un papel crucial en el equipo de atención médica al garantizar que los pacientes reciban la nutrición adecuada de manera segura y efectiva. Su dedicación y habilidades contribuyen directamente al bienestar y la calidad de vida de aquellos pacientes que dependen de la nutrición enteral como parte fundamental de su tratamiento médico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 270

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

LAURA PARREÑO LOPEZ

M° GEMA REBOLLO LOPESINO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

ANA MARÍA MERINO SALVANES

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, la unidad de cirugía menor ambulatoria despliega un papel fundamental al proporcionar procedimientos quirúrgicos de menor envergadura a pacientes que no requieren hospitalización prolongada. En este contexto, el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) adquiere un protagonismo esencial al desempeñar un papel clave en el funcionamiento eficiente de esta unidad.

La cirugía menor ambulatoria implica procedimientos que permiten a los pacientes regresar a sus hogares en el mismo día, optimizando tanto los recursos hospitalarios como el tiempo de recuperación para los individuos. En este marco,

los TCAE se convierten en actores indispensables al colaborar en diversos aspectos que van desde la preparación del paciente y la sala quirúrgica hasta el seguimiento postoperatorio.

A lo largo de esta exploración, analizaremos de manera detallada las funciones cruciales que los TCAE desempeñan en la unidad de cirugía menor ambulatoria. Desde la asistencia en la preparación preoperatoria hasta la monitorización postoperatoria y el mantenimiento de un entorno estéril, los TCAE contribuyen en gran medida al éxito de la unidad y al cuidado integral de los pacientes.

El trabajo del TCAE en la unidad de cirugía menor ambulatoria es esencial para garantizar una experiencia segura y cómoda para los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos menores. Su capacidad para asistir al equipo médico, mantener un ambiente estéril, brindar apoyo al paciente y colaborar en la logística contribuye directamente al éxito de la unidad y al bienestar 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 la unidad de cirugía menor ambulatoria.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la unidad de cirugía menor ambulatoria.

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 21 artículos, seleccionados finalmente 18 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“outpatient minor surgery unit” OR “minor surgery unit”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing

Assistants”).

4 Resultados

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cirugía menor ambulatoria es fundamental para garantizar un flujo de trabajo eficiente y brindar una atención integral a los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos menores en un entorno ambulatorio.

Esta unidad médica se dedica a realizar intervenciones quirúrgicas de menor envergadura que no requieren hospitalización prolongada y permiten que los pacientes sean dados de alta en el mismo día de la cirugía.

Las responsabilidades y tareas que desempeñan los TCAE en la unidad de cirugía menor ambulatoria son diversas y esenciales:

1. Preparación del Entorno:

Los TCAE se encargan de preparar las salas de cirugía ambulatoria antes de cada procedimiento. Esto incluye asegurarse de que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas.

2. Preparación del Paciente:

Los TCAE reciben a los pacientes y los ayudan a prepararse para la cirugía. Esto puede incluir la toma de signos vitales, la revisión de la historia clínica y brindar información sobre el procedimiento.

3. Asistencia al Personal Médico:

Durante los procedimientos quirúrgicos menores, los TCAE pueden desempeñar un papel de apoyo para el personal médico. Pueden proporcionar los instrumentos y suministros necesarios, así como ayudar en la preparación del área quirúrgica.

4. Control de Infecciones:

Los TCAE siguen rigurosas medidas de control de infecciones para mantener un ambiente estéril durante los procedimientos. Aseguran que el personal médico y el equipo sigan los protocolos adecuados.

5. Monitorización Postoperatoria:

Después de la cirugía, los TCAE monitorean el estado de los pacientes mientras se recuperan en la sala de recuperación. Toman signos vitales, evalúan el nivel de conciencia y aseguran que no haya complicaciones inmediatas.

6. Educación al Paciente:

Los TCAE proporcionan instrucciones a los pacientes sobre el cuidado posterior a la cirugía, los síntomas a observar y los pasos a seguir para una recuperación exitosa.

7. Registro y Documentación:

Mantienen registros precisos de todos los procedimientos, las condiciones de los pacientes y cualquier observación relevante.

8. Coordinación y Comunicación:

Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para asegurar una atención coordinada y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cirugía menor ambulatoria es esencial para el funcionamiento eficiente y la prestación de una atención de calidad a los pacientes. A lo largo de esta exploración, se ha observado cómo los TCAE desempeñan un papel fundamental en cada etapa del proceso, desde la preparación del entorno quirúrgico hasta el cuidado y monitorización postoperatoria.

La colaboración entre los TCAE y el equipo médico y de enfermería es crucial para asegurar una atención coordinada y efectiva. Su capacidad para asistir en la preparación de los pacientes, asegurar la higiene y esterilidad del entorno quirúrgico, y brindar apoyo en la recuperación demuestra su dedicación al bienestar de los pacientes.

El trabajo meticuloso y detallado de los TCAE contribuye directamente a la seguridad de los pacientes y a la prevención de infecciones en un entorno donde la higiene es esencial. Su habilidad para seguir protocolos y procedimientos rigurosos garantiza que los procedimientos se realicen de manera eficaz y en conformidad con las normas médicas.

La educación y el apoyo brindados por los TCAE a los pacientes después de la cirugía juegan un papel esencial en el proceso de recuperación. Su capacidad para comunicar de manera efectiva las indicaciones y brindar tranquilidad a los pacientes es invaluable para garantizar una recuperación sin complicaciones.

El trabajo del TCAE en la unidad de cirugía menor ambulatoria es una pieza vital en el rompecabezas de la atención médica. Su dedicación, habilidades y compromiso contribuyen en gran medida a la experiencia positiva de los pacientes y a la eficacia general de la unidad, resaltando su papel esencial en el equipo multidisciplinario de atención médica.

6 Bibliografía

1. Domínguez F, García MR, Padilla C, Romero AR. Cirugía menor: Desarrollo de nuevas competencias enfermeras. Junta de Andalucía. 2012. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf
2. Díaz F, Díaz T. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al Paciente Quirúrgico en el Proceso Preoperatorio. Ocronos. 2020; 3(4): 325. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-perioperatorio/>
3. Ferrer S, Gil R, Erro M, Levante N, Gómez S, Gallardo R. Funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el quirófano. Revista Sanitaria de Investigación. Octubre 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-quiroyfano/>

Capítulo 271

EL DESEMPEÑO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA BIOPSIA DEL SENO MAMARIO

LAURA PARREÑO LOPEZ

MARÍA NIEVES CRESPO ROMERO

ANA MARÍA MERINO SALVANES

M^o GEMA REBOLLO LOPESINO

SHATNER ELVIS SOTO SOLIS

1 Introducción

En el campo de la atención médica, la biopsia del seno mamario se erige como un procedimiento crucial para el diagnóstico y el tratamiento de diversas afecciones relacionadas con la salud mamaria.

En este contexto, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) adquiere un valor esencial al colaborar en la realización exitosa de este procedimiento. La biopsia mamaria implica la extracción de muestras de tejido mamario para su análisis, y los TCAE desempeñan una serie de funciones críticas que contribuyen al bienestar del paciente y al flujo eficiente del proceso.

A lo largo de esta exploración, analizaremos con detalle las diversas responsabilidades que recaen en los TCAE en el contexto de la biopsia del seno mamario.

Desde la preparación del paciente y la asistencia al personal médico hasta el seguimiento post-procedimiento, los TCAE cumplen un papel esencial en la ejecución exitosa de la biopsia mamaria.

Este artículo explorará cómo el desempeño del TCAE se traduce en una experiencia más cómoda y segura para el paciente durante el procedimiento de biopsia mamaria, así como en la colaboración efectiva con el equipo médico para garantizar resultados precisos y una atención integral.

El desempeño del TCAE en la biopsia del seno mamario es esencial para brindar un ambiente seguro, cómodo y efectivo para el paciente durante el procedimiento. Su capacidad para proporcionar apoyo emocional, asistencia al personal médico y colaboración en la logística contribuye directamente al éxito del procedimiento y al bienestar del paciente.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios:

Objetivo principal:

- Dar a conocer y evaluar los principales cuidados y acompañamiento que se realizan por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la biopsia del seno mamario.

Objetivo Secundario:

- Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y la biopsia del seno mamario.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de marzo de 2023 y junio 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 6 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“breast biopsy” OR “cancer breast biopsy”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El desempeño del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es crucial en diversos aspectos de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos como la biopsia del seno mamario.

La biopsia mamaria es un procedimiento que implica la extracción de una muestra de tejido mamario para su análisis y diagnóstico. En este contexto, los TCAE desempeñan un papel esencial al colaborar en la preparación, asistencia y apoyo tanto al paciente como al personal médico en la realización exitosa de la biopsia mamaria.

Las funciones específicas de los TCAE en relación con la biopsia del seno mamario son las siguientes:

1. Preparación del Paciente:

Los TCAE reciben al paciente y lo preparan para el procedimiento. Esto puede incluir proporcionar información sobre el procedimiento, responder preguntas y brindar apoyo emocional para calmar la ansiedad y el nerviosismo que puede sentir el paciente.

2. Apoyo al Personal Médico:

Durante la realización de la biopsia, los TCAE pueden desempeñar un papel de asistencia para el médico o radiólogo. Esto puede involucrar entregar instrumentos y suministros necesarios, mantener el área estéril y colaborar en la logística del procedimiento.

3. Vigilancia del Paciente:

Durante la biopsia, los TCAE deben estar atentos al paciente, observando su reacción y estado. Esto incluye controlar signos vitales, evaluar cualquier malestar y asegurarse de que el paciente esté cómodo.

4. Manejo de Equipos y Suministros:

Los TCAE son responsables de garantizar que todos los equipos y suministros necesarios estén listos y en condiciones óptimas para el procedimiento. Esto incluye la preparación del área de trabajo y la disposición adecuada de los instrumentos.

5. Cuidado Postoperatorio:

Después de la biopsia, los TCAE pueden brindar cuidado postoperatorio al paciente, asegurándose de que esté recuperándose adecuadamente y ofreciendo instrucciones para el cuidado en el hogar.

6. Registro y Documentación:

Mantener registros precisos del procedimiento, los instrumentos utilizados y cualquier observación relevante es esencial para el seguimiento y el registro

médico del paciente.

7. Comunicación y Colaboración:

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería, comunicando cualquier cambio en la condición del paciente y asegurándose de que se sigan los protocolos adecuados.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el contexto de la biopsia del seno mamario es de vital importancia para la calidad y efectividad del procedimiento. A lo largo de esta exploración, hemos podido observar cómo los TCAE desempeñan funciones esenciales que abarcan desde la preparación y asistencia hasta el seguimiento post-procedimiento.

La colaboración entre los TCAE y el equipo médico es esencial para garantizar una experiencia segura y cómoda para el paciente durante la biopsia mamaria. Su habilidad para brindar apoyo emocional, asegurar la esterilidad del entorno, asistir al personal médico y mantener una comunicación fluida contribuye directamente al éxito del procedimiento y al bienestar del paciente.

La atención meticulosa y detallada que los TCAE brindan durante el procedimiento, así como el seguimiento y cuidado posterior, refleja su compromiso con la atención integral del paciente. La documentación precisa y la comunicación efectiva con el equipo médico aseguran que la información relevante se registre correctamente y se comparta para una toma de decisiones informada.

En última instancia, el desempeño del TCAE en la biopsia del seno mamario demuestra su capacidad para desempeñar un papel esencial en el equipo de atención médica. Su compromiso con el bienestar del paciente y su habilidad para contribuir en cada fase del procedimiento realzan su importancia en la provisión de atención médica integral y de alta calidad.

6 Bibliografía

1. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO y Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015; 24(10): 1495-506.
2. Murillo R, Díaz S, Perry F, Poveda C, Piñeros M, Sánchez O et al. Increased breast cancer screening and downstaging in Colombian women: A randomized trial of opportunistic breast-screening. *Int J Cancer.* 2016; 138 (3): 705-713.

3. Brouwers PJAM, van Werkhoven E, Bartelink H, Fourquet A, Lemanski C, van Loon J et al. Predictors for poor cosmetic outcome in patients with early stage breast cancer treated with breast conserving therapy: Results of the Young boost trial. *Radiother Oncol.* 2018; 128 (3): 434-441.
4. Pistilli B, Mazouni C, Zingarello A, Faron M, Saghatchian M, Grynberg M et al. Individualized prediction of menses recovery after chemotherapy for early-stage breast cancer: a nomogram developed from UNICANCER PACS04 and PACS05 trials. *Clin Breast Cancer.* 2019; 19 (1): 63-70.
5. Ojeda-Soto, S, & Martínez-Julca, C. (2015). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana.* 5. 89. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>.

Capítulo 272

FUNCIONES, ROL, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

ANA M TORIJA BARRAGÁN

ESTRELLA TALENS GONZALEZ

ANA ISABEL SORNICHERO ALARCÓN

1 Introducción

Los hospitales son entornos complejos donde la atención médica y la colaboración entre diferentes profesionales son esenciales. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel fundamental en este contexto al desempeñar una variedad de funciones que contribuyen a la atención integral y al bienestar de los pacientes. Las funciones que tiene el TCAE en el entorno hospitalario van a incluir la asistencia en la movilización de los pacientes, además de su cuidado, la toma de constantes vitales, apoyo en los procedimientos médicos, ayudar a la alimentación y a la administración de medicamentos entre otras. Va a tener más funciones y depende de la institución en la que trabaje va a tener unas funciones u otras delegadas. Es importante conocer que el TCAE, al asumir otras tareas va a facilitar el flujo de trabajo y liberar tiempo para que otros profesionales se dediquen a tareas más específicas con los pacientes.

Este trabajo científico examina en profundidad las diversas funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto hospitalario. Se analiza su papel integral en el equipo de salud, destacando cómo sus responsabilidades abarcan áreas clave que contribuyen al bienestar y la atención integral de los pacientes.

2 Objetivos

1. Enumerar las funciones del TCAE en el hospital.
2. Conocer el tipo de rol que desempeña el TCAE.
3. Descubrir los desafíos y oportunidades del TCAE en el ámbito hospitalario.

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 el hospital" o "funciones y responsabilidades del TCAE en el entorno hospitalario" entre otras.

4 Resultados

Funciones del TCAE en el Entorno Hospitalario: El TCAE desempeña una serie de funciones cruciales en el entorno hospitalario, que incluyen:

1. Asistencia en la Movilización y Cuidado del Paciente: el TCAE ayuda en la movilización y el aseo de los pacientes, garantizando su comodidad y evitando complicaciones derivadas de la inmovilidad.
2. Toma de Constantes Vitales: realiza la medición de signos vitales como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial para monitorear la condición del paciente.
3. Apoyo en Procedimientos Médicos: el TCAE colabora en la preparación de pacientes para procedimientos médicos y apoya al personal médico y de enfermería durante estos procesos.
4. Ayuda en la Alimentación y Administración de Medicamentos: brinda asistencia en la alimentación de los pacientes y puede ayudar en la administración de medicamentos bajo supervisión.
5. Mantenimiento del Entorno: contribuye a mantener un entorno limpio y seguro para los pacientes, lo que es esencial para prevenir infecciones y garantizar

su recuperación.

6. Apoyo Emocional: establece relaciones de confianza con los pacientes y sus familias, brindando apoyo emocional en momentos difíciles.

El TCAE desempeña un rol integral en el equipo de salud del hospital al:

- Facilitar el Flujo de Trabajo: Al asumir tareas esenciales, el TCAE libera tiempo para que los profesionales de enfermería y médicos se concentren en responsabilidades más especializadas.
- Promover la Atención Centrada en el Paciente: El TCAE establece conexiones personales con los pacientes, lo que contribuye a una atención más humana y comprensiva.
- Contribuir a la Colaboración Interprofesional: Al trabajar en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de salud, el TCAE mejora la coordinación y la comunicación.

Los Desafíos y Oportunidades: El TCAE en el hospital enfrenta desafíos como mantener altos estándares de higiene y garantizar la seguridad del paciente en situaciones de alta demanda. Sin embargo, estos desafíos también presentan oportunidades para mejorar la formación y la tecnología en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el entorno hospitalario al asumir una variedad de funciones que contribuyen al bienestar y la atención integral de los pacientes. Su contribución en el cuidado personal, la colaboración interprofesional y el apoyo emocional demuestra ser invaluable en la entrega de una atención médica de calidad. Reconocer y valorar el papel del TCAE como miembro clave del equipo de salud hospitalario es esencial para proporcionar una atención eficiente y centrada en el paciente. Es importante que el TCAE sea valorado ya que su aportación es importante para el flujo de trabajo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-estatuto/#::text=Los%20TCAE%20deber%C3%A1n%20recoger%20muestras,de%20los%20responsables%20de%20Enfermer%C3%ADa.>
2. [https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/.](https://www.salusplay.com/blog/funciones-tecnico-auxiliar-cuidados-enfermeria/)
3. [https://tcae.com.es/funciones-de-auxiliar-de-enfermeria/.](https://tcae.com.es/funciones-de-auxiliar-de-enfermeria/)

Capítulo 273

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN

ISIDRO ROBLES BLANCO

1 Introducción

El concepto de vida está ligado íntimamente al del movimiento. El enfermo suele reposar en la cama porque un cierto reposo tiene efectos beneficiosos para la salud. Es de vital importancia mover y trasladar de una forma correcta a las personas para así evitar sufrimientos en la columna vertebral, lesiones y fatigas innecesarias y perjudiciales para la salud.

Los esfuerzos físicos realizados con técnicas incorrectas ocasionan un elevado número de accidentes profesionales (patologías invalidantes que afectan al estado cinético del personal de enfermería). Aunque no existe ningún método infalible estos riesgos profesionales se pueden minimizar conociendo los principios de la mecánica corporal y memorizando técnicas psicomotoras suficientemente evaluadas como para aceptar su validez, que permitirán tener al profesional sanitario la habilidad necesaria, elegir los movimientos adecuados y lograr la efectiva colaboración del paciente. Una buena técnica inspirará seguridad y confianza al enfermo.

Por lo tanto, se puede definir la mecánica corporal como el uso coordinado y eficaz de las distintas partes del organismo con el fin de lograr el movimiento y mantener de la mejor forma posible el equilibrio del cuerpo, de modo que la fatiga sea mínima, por lo que esto lo que hace es que habrá menos probabilidad de que se produzcan lesiones.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en las tareas relacionadas con la movilización del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos los actos que realizan los pacientes (y todas las personas) tienen un cierto grado de coordinación de varios sistemas corporales para poder realizarlos. Esta coordinación implica que huesos, músculos, articulaciones, sistema nervioso, etc. han de funcionar en íntima conexión para conseguir realizar la actividad que se desea. Sin embargo, la persona no es consciente de esta armonía orgánica ya que muchos de estos actos son realizados de un modo automático o inconsciente tras un período previo de aprendizaje.

Cabe destacar que todos los aspectos relacionados con la mecánica corporal, son estudiados por la ergonomía, que se puede definir como la ciencia que estudia y relaciona a las personas con el trabajo que realizan, por lo que, al estudiar los aspectos anatómicos y de diseño, permite usar adecuadamente la energía del cuerpo y aumentar el rendimiento laboral.

Es el momento de analizar la labor del TCAE en relación con el grado de movilidad del paciente. En el caso de los pacientes autónomos, no necesitan ayuda para realizar actividades diarias. Los pacientes que colaboran, son los que o bien porque no puedan o porque la patología necesite la ayuda, siempre deben de estar con el profesional sanitario al realizar la actividad. Los pacientes dependientes que no colaboran son los que no ayudan nada y el auxiliar debe de poner todo su empeño y asistirlos totalmente. Entre las situaciones en las que los pacientes precisan más ayuda está su propia movilización. El cambio de postura es una de las situaciones que más problemas les causan, por lo que el personal de enfermería debe conocer la manera de movilizarles en función de su grado de dependencia,

de la forma más cómoda posible para ambos y cuidando de que no se produzcan lesiones en ninguno de los dos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización del presente capítulo, se puede obtener como conclusión que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que es el encargado de cambiar medicamentos, realizar cambios posturales etc., siempre, antes de ir a realizar esas labores a la habitación correspondiente, debe de ver y analizar el historial clínico del paciente para así poder observar las patologías que padece y tomar decisiones al respecto a la hora de realizar estas, para que así ambas partes estén seguras y que haya menos posibilidades de que existan complicaciones o que se pueda reaccionar ante ellas de una manera rápida y eficaz.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>.

Capítulo 274

EL PACIENTE CON VARICES ESOFÁGICAS Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

1 Introducción

Las varices esofágicas son venas dilatadas y anormales que se desarrollan en el esófago, el tubo muscular que conecta la garganta con el estómago. Estas venas varicosas en el esófago son el resultado de una presión sanguínea elevada en la vena porta, que es la vena responsable de llevar la sangre desde los intestinos hacia el hígado. Cuando la vena porta se obstruye debido a enfermedades hepáticas como la cirrosis, la sangre encuentra dificultades para fluir a través de ella, lo que provoca un aumento de la presión en las venas cercanas, incluyendo las del esófago.

Las varices esofágicas son particularmente peligrosas porque pueden sangrar de manera profusa y repentina, lo que puede llevar a hemorragias graves y potencialmente mortales. Los pacientes con cirrosis hepática tienen un mayor riesgo de desarrollar estas varices debido a la presión sanguínea elevada en la vena porta, que resulta de la disfunción hepática.

El diagnóstico de varices esofágicas se realiza a menudo mediante endoscopia, donde un médico inserta un tubo delgado con una cámara en el esófago para evaluar la presencia y la gravedad de las venas varicosas. El tratamiento puede incluir medicamentos para reducir la presión sanguínea en la vena porta, procedimientos para detener el sangrado de las varices, y en algunos casos, trasplante de hígado para tratar la causa subyacente.

Las varices esofágicas son venas anormales y dilatadas en el esófago que suelen desarrollarse en pacientes con cirrosis hepática debido a la presión sanguínea elevada en la vena porta. Estas venas varicosas pueden causar hemorragias graves, lo que requiere una atención médica inmediata y, a menudo, un tratamiento para abordar tanto las varices como la enfermedad hepática subyacente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia en la atención al paciente con varices esofágicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 (TCAE) desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con varices esofágicas, especialmente aquellos que sufren de cirrosis hepática u otras afecciones hepáticas que aumentan el riesgo de desarrollar estas venas anormales en el esófago. A continuación, se

describen algunas de las funciones clave que un TCAE realiza en el cuidado de pacientes con varices esofágicas:

Monitorización continua: La vigilancia constante del paciente es fundamental. Los TCAE deben estar atentos a signos de sangrado, como vómitos con sangre o deposiciones sanguinolentas, así como cambios en la presión arterial y el pulso. La detección temprana de una hemorragia es crucial para tomar medidas rápidas.

Asistencia en procedimientos: Pueden ser necesarios procedimientos médicos para detener el sangrado de las varices esofágicas, como la escleroterapia o la colocación de bandas elásticas. El TCAE puede asistir durante estos procedimientos, preparando al paciente y proporcionando apoyo emocional.

Administración de medicamentos: Los pacientes con varices esofágicas pueden requerir medicamentos para reducir la presión sanguínea en la vena porta y prevenir sangrados. Los TCAE pueden ayudar en la administración de estos medicamentos y registrar su efectividad y cualquier efecto secundario.

Cuidados básicos: Proporcionar cuidados básicos como la higiene personal, la movilización y la alimentación adecuada es esencial para el bienestar del paciente. La prevención de complicaciones y la promoción de la comodidad son objetivos clave.

Colaboración en la educación del paciente: Ayudar en la educación del paciente y sus familiares sobre las causas de las varices esofágicas, los factores de riesgo, las medidas de prevención y el manejo de la enfermedad. Promover la adherencia al tratamiento y la asistencia a citas médicas regulares.

Comunicación efectiva: Mantener una comunicación fluida con el equipo de atención médica, incluyendo enfermeras y médicos, para informar sobre el estado del paciente y cualquier cambio significativo en su condición.

Apoyo emocional: El diagnóstico de varices esofágicas y cirrosis hepática puede ser emocionalmente abrumador. Los TCAE deben estar preparados para ofrecer apoyo emocional, escuchando las preocupaciones del paciente y brindando consuelo.

Control de infecciones: En situaciones médicas de alto riesgo, como procedimientos endoscópicos, es esencial seguir estrictos protocolos de control de infecciones para prevenir complicaciones.

El TCAE desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con varices esofágicas al proporcionar monitorización constante, asistencia en procedimientos, administración de medicamentos, cuidados básicos, educación, comunicación efectiva y apoyo emocional. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención integral y de calidad a estos pacientes que enfrentan condiciones médicas complejas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando enfrentamos la atención de un paciente que ingresa por varices esofágicas, es crucial mantener un enfoque compasivo y colaborativo entre los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Primero, promovamos la comunicación abierta y el intercambio de información con nuestros compañeros de equipo. Mantengamos un flujo constante de actualizaciones sobre la condición del paciente y cualquier cambio significativo para garantizar una atención integral y coordinada.

En segundo lugar, recordemos que estos pacientes pueden estar enfrentando situaciones médicas delicadas y angustiantes. Brindemos apoyo emocional, mostrando empatía y escuchando sus preocupaciones. Además, ofrezcamos un ambiente de cuidado respetuoso y digno, manteniendo la confidencialidad y proporcionando información clara sobre los procedimientos y tratamientos. Al trabajar juntos en equipo y demostrar una atención centrada en el paciente, podemos contribuir al bienestar y la recuperación de quienes ingresan por varices esofágicas, mejorando su experiencia hospitalaria.

6 Bibliografía

LaBrecque, D., Khan, A. G., Sarin, S. K., Le Mair, A. W., Dite, P., & Fried, M. (2015). Várices esofágicas. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines, 1-15.

Capítulo 275

LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA BELEN BARRERO DIAZ

1 Introducción

Este tipo de enfermedad mental es un subtipo de la enfermedad conocida como esquizofrenia. Se define como una enfermedad mental que destaca porque afecta de manera directa en la forma de comportarse de la persona, principalmente a su salud mental. Algunos de sus síntomas se distribuyen en positivos que serían los delirios de las alucinaciones y también en negativos que sería un déficit cognitivo. Tiene rasgos característicos debido a su egocentrismo y por qué se aísla. También piensa en contacto con la realidad, piensa que es perseguido constantemente o que quieren envenenarle, también piensa que le hacen brujería o presenta alucinaciones auditivas como oye bozas que le amenazan o que están criticándole.

La causa de esta enfermedad no se conoce exactamente, pero tiene que ver factores genéticos, psicológicos y socioculturales.

Suele aparecer entre los quince y treinta y cinco años, independientemente del sexo de la persona, ya sea hembra o varón.

La personalidad o la forma de comportarse de la persona que padece esta enfermedad presenta grandes alteraciones y mantener contacto con la persona afectada suele ser de gran dificultad porque esta persona se cierra en sí misma sin querer saber nada en absoluto del resto de las personas.

2 Objetivos

Saber cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en personas con este tipo de enfermedad mental.

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

A continuación vamos a ver cuáles son los diferentes tipos de esquizofrenia que existen y describirlos brevemente:

La esquizofrenia paranoide es la más habitual y sus síntomas se destacan por la presencia de delirios como creencias que no son verdaderas o alucinaciones auditivas.

La esquizofrenia catatónica consiste en cuando la persona afectada se queda inmóvil o hinchado durante un largo periodo de tiempo, aunque ellos están conscientes de todo lo sucedido a su alrededor. Son personas hiperactivas y apenas duermen.

La esquizofrenia residual trata cuando una persona sufrió un brote en el pasado, pero actualmente no experimenta ningún síntoma habitual de la enfermedad.

La esquizofrenia desorganizada, la persona afectada no tiene coherencia a la hora de hablar, su comportamiento es absurdo al igual que sus expresiones emocionales. Es el tipo más grave de esquizofrenia que puede tener una persona, suele aparecer a temprana edad y fuerte. Suele ser frecuente que la persona sea poco comunicativa, absurda... Pero vamos a describirlo detalladamente.

Tiene un lenguaje totalmente desajustado, es poco entendible y tiene muchas dificultades para seguir el ritmo o el hilo de una conversación.

También presenta un comportamiento desajustado, es una característica muy llamativa para la demás gente porque sus comportamientos no son correctos debido a que se ríe en momento no apropiados o hace tonterías.

Tiene una gran cantidad de ideas extrañas.

La esquizofrenia indiferenciada se caracteriza por una mezcla de síntomas de esquizofrenia y no puede identificarse bien cuál de los subtipos anteriores es.

Las funciones que puede desarrollar el TCAE pueden ser las siguientes:

Guardar que conservar su seguridad y ayudarlo a reducir el miedo y el temor, ayudarla a realizar talleres y actividades, pero para que sepa que no es para realizar ninguna competición, mantener la escucha activa a lo que la persona nos dice.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este capítulo del libro sobre la esquizofrenia paranoide debemos de tener en cuenta que es una enfermedad mental de alta gravedad que influye de forma negativa en el comportamiento y en la conducta de una persona modificando su pensamiento sus sentimientos y la forma de comportarse alterando la realidad y perdiendo el contacto de la realidad provocando problemas y angustia para sus familiares y seres queridos por lo que para ellos deben de apoyarse de la ayuda de los profesionales sanitarios especializados para brindarles todos los cuidados y necesidades que requieran para que puedan llevar la enfermedad lo mejor posible.

6 Bibliografía

Blasi, F. (2011). Scissioni parallele. L'estinzione della schizofrenia. Prefazione apocrita di Sergio Piro. Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli; Italia
Download http://www.iisf.it/pubblicazioni/Blasi_S_P.pdf.

ISBN 978-88-7723-104-8.

Cooper, David (1985). Psiquiatría y antipsiquiatría. Paidós Ibérica, Barcelona.

Capítulo 276

LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ELISABETA VLASE

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

SORAYA ESPEJO RUBIO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

1 Introducción

La atención a pacientes pediátricos en el entorno de atención primaria es un aspecto fundamental de la atención médica. Los niños y adolescentes requieren cuidados específicos y adaptados a su edad, y es en la atención primaria donde se establece la base para una salud óptima a lo largo de su vida.

En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en el cuidado y el bienestar de los pacientes pediátricos.

Esta revisión se centra en la importancia de los cuidados a pacientes pediátricos en atención primaria y en el valioso rol desempeñado por los TCAE en este entorno. Exploraremos cómo estos profesionales colaboran con el equipo de atención médica para brindar cuidados integrales y seguros a niños y adolescentes, abordando aspectos de prevención, promoción de la salud y atención a enfermedades comunes en esta población. Además, destacaremos la relevancia de esta labor en el contexto del sistema de salud y la importancia de la formación continua para los TCAE en cuidados pediátricos.

La labor de los TCAE en cuidados pediátricos en atención primaria contribuye de manera significativa a la salud y el bienestar de los niños y adolescentes. Su dedicación y compromiso son fundamentales para garantizar que los pacientes pediátricos reciban una atención de calidad y para sentar las bases de una vida saludable a lo largo de su crecimiento y desarrollo.

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 que ejercen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a los pacientes pediátricos en atención primaria.

Objetivo Secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los cuidados a los pacientes pediátricos en atención primaria.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión según las recomendaciones PRISMA.

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, Scielo, PEDro y Ebsco Host.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 14 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos, según los criterios de inclusión y exclusión de nuestra revisión.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión fue: (“pediatric patients” OR “primary care”) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

Los cuidados a los pacientes pediátricos en atención primaria desempeñan un papel fundamental en la salud y el bienestar de los niños y adolescentes.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un rol importante en este entorno de atención, colaborando estrechamente con enfermeros y otros profesionales de la salud para garantizar la atención integral de los pacientes pediátricos.

A continuación, se destacan los aspectos clave relacionados con los cuidados pediátricos en atención primaria y el trabajo de los TCAE:

1. Atención Integral a la Salud Pediátrica:

- Prevención y promoción de la Salud: Los cuidados pediátricos en atención primaria incluyen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la educación de los padres y cuidadores sobre prácticas saludables y vacunación.
- Control del crecimiento y desarrollo: Los TCAE pueden colaborar en la medición y seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños, identificando posibles preocupaciones y remitiendo a profesionales especializados si es necesario.
- Manejo de enfermedades comunes: Brindan cuidados básicos para enfermedades pediátricas comunes, como infecciones respiratorias, gastroenteritis y fiebre, bajo la supervisión de enfermeros y médicos.

2. Trabajo de los TCAE en Cuidados Pediátricos:

- Asistencia en la toma de signos vitales: Los TCAE pueden tomar signos vitales como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial en niños, lo que es fundamental para evaluar su estado de salud.
- Apoyo en la administración de medicamentos: Pueden colaborar en la administración segura de medicamentos, siguiendo las indicaciones de los profesionales de la salud.
- Cuidado del entorno: Mantienen un entorno limpio y seguro en el consultorio o centro de atención para niños, lo que es especialmente importante para prevenir infecciones.
- Apoyo emocional: Proporcionan apoyo emocional a los niños y sus familias, ayudándoles a sentirse cómodos y seguros durante las visitas médicas.

- Comunicación con los padres: Los TCAE pueden explicar procedimientos y proporcionar información a los padres y cuidadores sobre el cuidado en el hogar y el seguimiento de las recomendaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención a pacientes pediátricos en el entorno de atención primaria es de suma importancia para promover y mantener la salud de los niños y adolescentes.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en la prestación de cuidados integrales y seguros a esta población. Algunas conclusiones clave incluyen:

- La atención primaria pediátrica se centra en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que contribuye a un desarrollo saludable y a una vida adulta más saludable.
- Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada.
- Los TCAE desempeñan un papel clave en la asistencia en procedimientos médicos y la administración de tratamientos, lo que garantiza una atención segura y cómoda para los pacientes pediátricos.
- La comunicación con los padres y cuidadores es esencial para proporcionar orientación sobre el cuidado en el hogar y aclarar dudas relacionadas con la salud de los niños.
- Formación Continua: La formación continua y la actualización de conocimientos son esenciales para garantizar que los TCAE estén preparados para ofrecer la atención más actualizada y basada en evidencia.
- Promoción de Prácticas Saludables: Los TCAE tienen la oportunidad de promover prácticas saludables en la comunidad, incluyendo la educación sobre vacunación, nutrición adecuada y desarrollo infantil.

6 Bibliografía

1. Chimbolema M. Incidencia de insuficiencia respiratoria en las distintas etapas de la vida, en pacientes atendidos por el personal de atención prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, durante el periodo enero a diciembre del 2017. [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017. Report No.: UCE-0020-CDI-027. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16443/1/T-UCE0020-CDI-027.pdf>.

2. Dueñas C, Mejía J, Coronel C, Ortiz G. Insuficiencia respiratoria aguda. A.C.C.I. [Internet]; 2016 Jun.11; 16(S1).
3. Vélchez J. Intervención de Enfermería en el Manejo de Pacientes con Insuficiencia Respiratoria en el Servicio de Emergencia del Hospital de Barranca, Cajatambo –2019. [Tesis]. Callao, Perú:Universidad Nacional Callao; 2019. Report No.: UNAC/4527 -221- 2019-D/FCS. Disponible en: <https://1library.co/document/yd7gevjy-intervencion-enfermeria-pacientes-insuficiencia-respiratoria-servicio-emergencia-cajatambo.html>
4. Forero M, Ramos L. Factores de riesgo que desencadenan Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños menores de 5 años. Rev. areandina. [Internet]; 2018 Dec. 05; 3.
5. American Heart Association. Soporte Vital Avanzado Pediátrico. [Impreso] 2017. Libro del proveedor 2300; García Er, Aranibar H, Santos S, Gelpy FC, editors. EE. UU.: Orora Visual; 2017. [edición en español 15-2330; [aprox. 113-166 p.]].

Capítulo 277

LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES GRANDES QUEMADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ELISABETA VLASE

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

SORAYA ESPEJO RUBIO

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

1 Introducción

La atención a pacientes grandes quemados representa un desafío complejo en el campo de la atención médica debido a la gravedad de las lesiones y las múltiples complicaciones que pueden surgir.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la atención integral de estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con un equipo de profesionales de la salud altamente especializado.

En esta revisión, exploraremos la importancia de los cuidados a pacientes grandes quemados y el rol fundamental que desempeñan los TCAE en este contexto. Analizaremos las funciones clave que realizan los TCAE, así como su colaboración con otros profesionales de la salud en el manejo de quemaduras graves.

También destacaremos la necesidad de una formación específica y la actualización constante de conocimientos para proporcionar la atención de alta calidad que estos pacientes requieren.

El cuidado de pacientes grandes quemados es una tarea altamente especializada y crítica en el campo de la atención médica. Los TCAE desempeñan un papel crucial al proporcionar cuidados esenciales y apoyo emocional a estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Su formación, experiencia y compromiso son fundamentales para garantizar una atención efectiva y de calidad a aquellos que han sufrido quemaduras graves.

Los cuidados a pacientes grandes quemados son altamente especializados y requieren una atención minuciosa y experta. Los TCAE desempeñan un papel crucial en la atención de estos pacientes al proporcionar cuidados básicos, asistencia en procedimientos y apoyo emocional. Su trabajo en colaboración con otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención integral y efectiva a pacientes con quemaduras graves.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados a grandes quemados por parte del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados a pacientes grandes quemados representan un desafío significativo en el ámbito de la atención médica debido a la gravedad de las lesiones y las complicaciones potenciales que pueden surgir.

Los TCAE juegan un papel fundamental en la atención integral de estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud.

A continuación, se destacan los aspectos clave relacionados con los cuidados a pacientes grandes quemados y el trabajo de los TCAE:

1. Atención a Pacientes Grandes Quemados:

- Gravedad de las lesiones: Los pacientes grandes quemados a menudo presentan lesiones graves en la piel, los tejidos subyacentes y otros órganos debido a quemaduras térmicas, químicas o eléctricas.
- Manejo del dolor: El manejo del dolor es una prioridad, ya que las quemaduras pueden ser extremadamente dolorosas. Los TCAE pueden ayudar en la administración de analgésicos bajo la supervisión de enfermeros y médicos.
- Prevención de infecciones: Las quemaduras dejan la piel vulnerable a las infecciones. Los TCAE desempeñan un papel importante en la prevención de infecciones al mantener la higiene y cambiar regularmente los apósitos.

2. Funciones de los TCAE en Cuidados a Grandes Quemados:

- Cuidado de las quemaduras: Los TCAE pueden ayudar en la limpieza de las heridas y la aplicación de apósitos o vendajes especiales según las indicaciones médicas.
- Asistencia en procedimientos: Pueden asistir en procedimientos médicos como la desbridación de tejido quemado y la colocación de catéteres intravenosos.
- Movilización y confort del paciente: Los TCAE pueden ayudar en la movilización de los pacientes quemados y asegurarse de que estén cómodos en su posición.
- Apoyo emocional: Proporcionan apoyo emocional al paciente, ya que la recuperación de quemaduras graves puede ser física y emocionalmente desafiante.
- Observación y registro de signos vitales: Los TCAE son responsables de observar y registrar los signos vitales del paciente, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, para monitorear su estado.

3. Colaboración en un Equipo Multidisciplinario:

- Trabajo en equipo: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud en un equipo multidisciplinario.
- Comunicación: La comunicación efectiva es esencial para compartir información crítica sobre el paciente y coordinar la atención.

4. Formación Específica y Actualización:

- Formación en cuidados a quemados: Los TCAE que trabajan en unidades de quemados reciben formación específica para comprender y abordar las necesidades de estos pacientes.

- Actualización continua: Dada la evolución de las prácticas y tecnologías en cuidados de quemados, la actualización continua de conocimientos es fundamental.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de pacientes grandes quemados por parte de los TCAE es una tarea de vital importancia en el entorno de atención médica. Estos pacientes enfrentan desafíos significativos tanto físicos como emocionales, y la atención adecuada y especializada desempeña un papel crucial en su recuperación. Algunas de las conclusiones clave sobre el papel de los TCAE en el cuidado de pacientes grandes quemados son las siguientes:

Evaluación y Monitorización Rigurosa: Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la evaluación continua y la monitorización de la condición de los pacientes quemados. Registrar y comunicar cualquier cambio en la condición del paciente es esencial para brindar una atención oportuna.

Prevención de Infecciones: El mantenimiento de una técnica aséptica adecuada al cuidar las quemaduras es esencial para prevenir infecciones, que pueden ser una complicación seria en pacientes con quemaduras graves.

Control del Dolor y el Estrés: Proporcionar apoyo en el control del dolor y ofrecer apoyo emocional son aspectos críticos del cuidado de pacientes quemados. Los TCAE colaboran en la administración de medicamentos para el dolor y brindan consuelo a los pacientes traumatizados.

Cuidado Integral: El cuidado de pacientes grandes quemados abarca una variedad de aspectos, incluyendo la atención de las quemaduras en sí, la hidratación, la nutrición, la movilización y la prevención de complicaciones.

Educación y Apoyo a Familias: Los TCAE desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes y sus familias sobre el cuidado posterior, las medidas preventivas y los signos de alarma. Ofrecen orientación y apoyo a las familias que también pueden estar afectadas emocionalmente.

Trabajo en Equipo: Colaborar en equipo con otros profesionales de la salud, como enfermeras, médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales, es esencial para brindar una atención integral y coordinada.

Cumplimiento de Normativas: Los TCAE deben seguir estrictamente las normativas y los procedimientos de seguridad para garantizar un ambiente seguro y la correcta disposición de materiales contaminados.

Actualización y Capacitación Continua: Dado que el cuidado de pacientes quemados puede evolucionar con avances en la medicina y la tecnología, es esencial que los TCAE se mantengan actualizados y participen en capacitación continua.

6 Bibliografía

1. GOODMAN C, MORALES ASENSIO JM, DE LA TORRE-ABOKI J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas de Enfermería* 2013;16:20-25.
2. INSTITUTO JOANNA BRIGGS. Eficacia de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en centros de atención a personas mayores. *Best Practice* 2010;14 (19).
3. SEVILLA-GUERRA S, MIRANDA-SALMERÓN J, ZABALEGUI A. Profile of advanced nursing practice in Spain: A crosssectional study. *Nurs Health Sci.* 2018;20:99-106.
4. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. Manual para la acreditación de competencias profesionales. *Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a personas con Heridas Crónicas Complejas*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España). [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/MACP-EPACuidados-a-Personas-con-Heridas-Cronicas-Complejas.pdf>.
5. SASTRE-FULLANA P, DE PEDRO-GÓMEZ JE, BENNASAR-VENY M, FERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ JC, SESÉ-ABAD AJ, MORALES-ASENCIO JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin.* 2015; 25:267-75.

Capítulo 278

EL TRABAJO EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS SOCIOSANITARIOS Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELENA ELISABETA VLASE

IRENE VILLAESCUSA ALFARO

MARI CARMEN TOMÁS NAVARRO

MERCEDES FERNÁNDEZ NIÑO

SORAYA ESPEJO RUBIO

1 Introducción

La atención a personas mayores en residencias de ancianos y centros sociosanitarios es una parte fundamental de los servicios de salud y cuidado en muchas sociedades en todo el mundo.

En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un rol crucial al proporcionar una amplia gama de cuidados y servicios que aseguran el bienestar y la calidad de vida de los residentes.

En esta revisión, exploraremos en detalle el trabajo de los TCAE en residencias de ancianos y centros sociosanitarios, así como los cuidados que ofrecen a los

residentes. Analizaremos las diversas labores y responsabilidades que los TCAE asumen en estos entornos de atención a personas mayores, destacando su contribución a la salud física, emocional y social de los residentes.

La atención en residencias de ancianos y centros sociosanitarios es un área que exige un enfoque integral, donde la colaboración interdisciplinaria y el compromiso con el bienestar del residente son esenciales. A lo largo de esta revisión, exploraremos cómo los TCAE trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud y el personal de atención, y cómo desempeñan un papel crucial en la promoción de una vida saludable y de calidad para las personas mayores.

Esta introducción proporciona un contexto para comprender la importancia del trabajo de los TCAE en la atención a personas mayores en residencias y centros sociosanitarios, y servirá como punto de partida para un análisis más detallado de sus funciones y responsabilidades en este entorno de cuidado especializado.

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 que ejercen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados de pacientes en residencias de ancianos.

Objetivo Secundario:

- Mostrar las variables que se analizan en los estudios relacionados con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los residentes en las residencias de ancianos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión según las recomendaciones PRISMA.

La revisión se realizó entre los meses de mayo de 2023 y agosto de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, PEDro y Ebsco Host. 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: (“nursing home” OR sanatorium) AND (“nursing assistant” OR tcae OR “nursing Assistants”).

4 Resultados

El trabajo en residencias de ancianos y centros sociosanitarios implica una atención especializada y de alta calidad a personas de edad avanzada que requieren asistencia en su vida diaria y, en muchos casos, atención médica y cuidados de enfermería. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la prestación de cuidados y apoyo en estos entornos. A continuación, se describen las labores y cuidados que un TCAE puede llevar a cabo en residencias de ancianos y centros sociosanitarios:

1. Atención personalizada:

Los TCAE ayudan a los residentes con actividades de la vida diaria, como la higiene personal, el aseo, el vestido y la movilización. Su papel es clave en mantener la dignidad y la comodidad de los residentes.

2. Administración de medicamentos:

Bajo la supervisión de un profesional de enfermería, los TCAE pueden administrar medicamentos, asegurándose de que se tomen según las indicaciones médicas y registrando adecuadamente su administración.

3. Monitorización de signos vitales:

Los TCAE pueden tomar y registrar signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, lo que es especialmente importante para los residentes con problemas de salud crónicos.

4. Cambio de apósitos y curas:

Los TCAE pueden realizar curas y cambios de apósitos en heridas o úlceras de presión, manteniendo la integridad de la piel de los residentes.

5. Alimentación y nutrición:

Ayudan en la alimentación de los residentes, asegurándose de que reciban una dieta adecuada y controlando la ingesta de líquidos. También pueden colaborar en la administración de dietas especiales según las indicaciones médicas.

6. Movilización y prevención de úlceras por presión:

Los TCAE asisten en la movilización de los residentes, ayudándoles a cambiar de posición para prevenir la formación de úlceras por presión, una preocupación común en personas con movilidad reducida.

7. Apoyo emocional:

Ofrecen apoyo emocional a los residentes, escuchando sus preocupaciones y proporcionando compañía. Esto es especialmente importante para combatir la soledad y la depresión en la población de ancianos.

8. Comunicación con familias y profesionales de la salud:

Los TCAE sirven como enlace de comunicación entre los residentes, sus familias

y el equipo de atención médica, proporcionando información sobre el estado y las necesidades de los residentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en residencias de ancianos y centros sociosanitarios es esencial para proporcionar una atención de alta calidad y un entorno de vida digno a las personas mayores. A lo largo de esta revisión, hemos destacado varias conclusiones clave:

- Los TCAE desempeñan un papel integral en la atención a personas mayores, abarcando desde la asistencia en las actividades de la vida diaria hasta la supervisión de la salud y el bienestar emocional de los residentes.
- Trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y adaptada a las necesidades individuales de los residentes.
- Los TCAE contribuyen significativamente a la calidad de vida de los residentes al promover la independencia, el confort y la socialización, lo que es especialmente importante en la población de personas mayores.
- Mantienen registros precisos de las actividades de cuidado y observaciones, lo que facilita la continuidad de la atención y el seguimiento de la evolución de los residentes.
- Ofrecen apoyo emocional a los residentes, ayudándoles a lidiar con la soledad, la ansiedad y otros aspectos relacionados con el envejecimiento.
- Los TCAE deben estar actualizados con las últimas prácticas y conocimientos en el cuidado de personas mayores, lo que demuestra su compromiso con la calidad de la atención.
- Contribuyen a mantener la dignidad y el respeto de los residentes, tratándolos con consideración y asegurando su participación en las decisiones sobre su atención.
- Ayudan en la prevención y el control de enfermedades, como infecciones, y siguen protocolos estrictos de higiene y seguridad.

6 Bibliografía

1. Martínez M, Alvarado Muñoz R. Validación del Cuestionario Nórdico Estandarizado de Síntomas Músculo-esqueléticos para la población trabajadora chilena, adicionando una escala de dolor. Revista de Salud Pública. 2017; 21(2):43.

2. Fernández González M, Fernández Valencia M, Manso Huerta M, Gómez Rodríguez M, Jiménez Recio M, Coz Díaz F. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. Gerokomos. 2014; 25(1):17-22.
3. Montalvo AA, Cortés YM, Rojas MC. Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. Hacia promoci. Salud. 2015; 20(2): 132-146.
4. Cervantes Castillo LA. Identificación y análisis de síntomas musculoesqueléticos de origen disergonómico en el personal de enfermería del hospital hipólito unanue de tacna. Veritas Et ScientiaVol. 7, N° 1,859-865. Enero -Junio del 2018.

Capítulo 279

EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD Y EL APOYO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

AMOR FERNÁNDEZ FANJUL

1 Introducción

Sentir o padecer ansiedad de forma repentina forma parte de la vida cotidiana debido a que las personas que sufren estos trastornos tienen preocupaciones, miedos excesivos y continuos en la vida diaria.

La persona experimenta sentimientos de ansiedad y pánico que les dificultan realizar tareas diarias que son difíciles de tener el control sobre ellas y pueden durar un largo periodo de tiempo.

Estos sentimientos suelen empezar en la infancia o adolescencia y extenderse hasta la adultez.

Los sentimientos con síntomas más característicos pueden ser los siguientes y vamos a verlos a continuación, nervios o estado de tensión constante, estar alerta continuamente, aceleración de la frecuencia cardíaca, respiración agitada, sudoración o temblores, sensación de cansancio extremo, dificultad para prestar atención en otra cosa que no sea el problema que padece la persona, problemas para dormir por la noche también problemas estomacales, pero sobre todo no controlar las preocupaciones excesivas y por último evitar todo aquello que nos provoque ansiedad.

El trastorno de la ansiedad es muy perjudicial y muy dañino en la salud de las personas, por lo que se debe de pedir ayuda en el momento en el que una persona experimente cualquier tipo de estos síntomas al médico.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes tipos de ansiedad que existen.
- Mostrar la función principal que desempeña el técnico cuidados auxiliares de enfermería en personas con trastorno de la ansiedad.

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

Hay varios tipos de niveles de ansiedad:

- Agorafobia. Es un trastorno de ansiedad en el que la persona experimenta miedo a sitios o sucesos que puedan sentir pánico o en el que se sienta indefenso o avergonzado.
- Ansiedad causada por un problema de salud físico.
- Ansiedad generalizada. Conlleva una preocupación constante y excesiva por cualquier tipo de actividad que forma parte de la rutina diaria. Influye negativamente en la forma de sentirse de la persona.
- Pánico. Son episodios repetidos, mezclados con ansiedad y temor, alcanzando un nivel muy alto, sintiendo dificultad a la hora de respirar dolor en el pecho, el aumento de la frecuencia cardíaca.
- El mutismo selectivo. Es la dificultad que presentan los niños en el colegio o en casa a la hora de hablar o también con los familiares.
- Ansiedad por separación. Consiste en episodios de ansiedad causados en el niño debido a una separación de sus padres y afectó en su desarrollo.
- Ansiedad social. Debido a unos niveles muy altos de ansiedad, miedo o rechazo debido a la vergüenza, no sentirse seguro consigo mismo o por el miedo a que

dirán de nosotros mismos.

- Ansiedad por sustancias. Debido al consumo de sustancias nocivas como drogas y medicamentos.
- Ansiedad específica o no específica. Que engloba todo tipo de ansiedad, pero no pueden ser tan graves como las otras.

La función principal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es mantener conversaciones con estas personas, haciéndoles sentirse lo mejor posible, apoyándoles en todo el proceso y cubriendo todas las necesidades que estos requieran, de forma que ellos se sientan amparados tanto por los profesionales sanitarios como por los familiares y puedan recuperarse lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo, se constata que el trastorno de ansiedad es una alteración de alta gravedad y muy perjudicial en las personas que lo padecen, pero hoy en día la población no es consciente de ello, por lo que en muchas ocasiones molestan a otras personas.

Una persona que no se encuentre bien y parezca estos síntomas, lo mejor es que lo comente con su médico para que este pueda ayudarle en todo momento y derivarle al especialista para que tome una serie de precauciones que ayuden a solucionar la situación.

6 Bibliografía

1. Iruarrizaga et al. «Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales». Consultado el 13 de julio de 2016.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS N° 2006/10.». 2008. Archivado desde el original el 27 de marzo de 2015. Consultado el 5 de abril de 2015.

Capítulo 280

BENEFICIOS DEL EJERCICIO EXCÉNTRICO EN PACIENTES CON TENDINOPATÍA DE AQUILES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

1 Introducción

La sintomatología de la tendinopatía del tendón de Aquiles se presenta como dolor local, rigidez, disminución de la funcionalidad, así como una pérdida del rendimiento deportivo o la tolerancia al ejercicio (1). La tendinopatía del tendón de Aquiles se puede presentar en pacientes entrenados, activos o deportistas de élite, así como en pacientes sedentarios. La incidencia de la tendinopatía de Aquiles crónica es de 235 cada 100.000 personas en grupos de edad comprendida entre 21 a 60 años (2). Es la tendinopatía más frecuente en el miembro inferior (3). Alrededor del 30 por ciento de corredores presentan tendinopatía de Aquiles, con una incidencia anual del 7 al 9 por ciento (4). Entre los factores de riesgo de

sufrir una tendinopatía del tendón de Aquiles se encuentra: la edad (el envejecimiento), el uso excesivo o alta carga en el tendón, la biomecánica, la genética, el uso de medicamentos o diabetes mellitus (5).

Entre las modificaciones estructurales que sufre el tendón encontramos: engrosamiento del tendón de Aquiles, la desorganización paralela del colágeno, nuevas zonas de mala calidad de neovascularización y aumento de proteoglicanos en la matriz extracelular (6). Puede producir asimetrías que se mantengan con el tiempo. La asimetría entre las extremidades puede contribuir tanto al inicio como a la persistencia de la lesión musculoesquelética. Investigaciones anteriores informaron que una asimetría entre las extremidades superior al 10-15 por ciento se asocia con un mayor riesgo de lesiones (7,8).

El tratamiento de la tendinopatía del tendón de Aquiles varía desde el tratamiento inicial conservador de fisioterapia hasta el tratamiento quirúrgico médico. Dentro del tratamiento de fisioterapia en la tendinopatía del tendón de Aquiles encontramos: electroterapia, terapia manual, termoterapia, masoterapia, hidroterapia y ejercicio terapéutico. Dentro del abordaje del ejercicio terapéutico encontramos el protocolo Alfredson de ejercicio terapéutico. El ejercicio excéntrico se ha convertido en uno de los principales abordajes terapéuticos en la tendinopatía del tendón de Aquiles en los últimos 20 años. Su efecto puede favorecer la formación del propéptido carboxilo terminal del colágeno tipo I, aumentando el volumen del tendón y la resistencia a la tracción (9,10). Sin embargo, aún se estudia el efecto y el protocolo más adecuado de ejercicio excéntrico en tendinopatías del tendón de Aquiles.

2 Objetivos

-Analizar y estudiar los últimos estudios sobre el efecto del ejercicio excéntrico en pacientes con tendinopatía del tendón de Aquiles.

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 ("tendinopathy" and achilles" and "physiotherapy" and "eccentric"). 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 con ejercicio excéntrico en pacientes con tendinopatía de talón de Aquiles aguda o crónica. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen el año de antigüedad.

4 Resultados

En el artículo analizado “The effect of combined Action Observation Therapy with eccentric exercises in the treatment of mid-portion Achilles-tendinopathy: a feasibility pilot randomised controlled trial” se realizó un ensayo a doble ciego aleatorizando de dos grupos con tendinopatía del tendón de Aquiles. Un grupo recibió el protocolo Alfredson de ejercicio excéntrico y otro grupo recibió una terapia más completa en la cual se incluye ejercicio excéntrico y aprendizaje motor. Ambos grupos obtuvieron una mejora clínica en la escala VISA-A a las 12 semanas. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos (11).

En el segundo artículo analizado “Effects of exercise treatment on functional outcome parameters in mid-portion achilles tendinopathy: a systematic review” se realizó una búsqueda bibliográfica en la cual se obtuvo que el ejercicio excéntrico mostró evidencia moderada fuerte en la mejora de potencia y fuerza. A diferencia del trabajo concéntrico que mostró peores resultados en cuanto a la mejora de la fuerza en pacientes con tendinopatía del tendón de Aquiles (12).

En el tercer artículo analizado “Physical modalities with eccentric exercise are no better than eccentric exercise alone in the treatment of chronic achilles tendinopathy: A systematic review and meta-analysis” compara los efectos del trabajo excéntrico de manera aislada contra el trabajo excéntrico combinado con otro tipo de ejercicios en pacientes con tendinopatía del tendón de Aquiles. Se observó el mismo efecto en ambos abordajes en cuanto a la mejora del dolor, test VISA-A y NPRS tanto a corto plazo como a largo plazo (13).

En el último artículo analizado “Eccentric exercise is more effective than other exercises in the treatment of mid-portion Achilles tendinopathy: systematic review and meta-analysis” se investigó la eficacia del ejercicio excéntrico en pacientes con tendinopatía del tendón de Aquiles en comparación con otro tipo de ejercicios. Se evidenció en ocho de los artículos analizados que el ejercicio excéntrico es eficaz para mejorar la discapacidad y el dolor.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada y analizada la búsqueda bibliográfica referente a los efectos que produce el ejercicio excéntrico en pacientes que sufren patología de tendinopatía en tendón de Aquiles, podemos afirmar que el ejercicio excéntrico sigue siendo uno de los tratamientos más eficaces actualmente para tratar tendinopatía del tendón de Aquiles. Uno de los protocolos más utilizados actualmente sigue siendo el protocolo Alfredson. Sin embargo, sigue sin haber un consenso en cuanto al protocolo de carga y repeticiones fuera del protocolo Alfredson. Así como descartar otro tipo de terapias una vez se ha comenzado a tratar en clínica la tendinopatía. Por lo tanto, es importante seguir realizando búsquedas bibliográficas actualizadas y que sigan generándose nuevos estudios.

6 Bibliografía

1. Cook JL, Purdam CR. Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. *Br J Sports Med*. 2009;43(6):409–416. doi: 10.1136/bjsm.2008.051193.
2. S. De Jonge, C. Van Den Berg, R.J. De Vos, H.J.L. Van Der Heide, A. Weir, J.A.N. Verhaar, et al. Incidence of midportion Achilles tendinopathy in the general population *Br J Sports Med*, 45 (2011), pp. 1026-1028, 10.1136/bjsports-2011-090342.
3. De Jonge S, van den Berg C, de Vos RJ, van der Heide HJL, Weir A, Verhaar JAN, et al. Incidence of midportion Achilles tendinopathy in the general population. *Br J Sports Med*. 2011;45:1026–1028. doi: 10.1136/bjsports-2011-090342.
4. Ackermann PW, Renström P. Tendinopathy in Sport. *Sports Health*. 2012; 4: 193.
5. De Vos RJ, van derVlist A, Zwerver J, Meuffels DE, Smithuis F, van Ingen R, van der Giesen F, et al. Dutch multidisciplinary guideline on Achilles tendinopathy. *Br J Sports Med*. 2021;5:1–10.
6. Khan K, Cook J, Taunton J, Bonar F. Overuse tendinosis, not tendinitis part 1: a new paradigm for a difficult clinical problem. *Phys Sports Med*. 2000;28(5):38–48.
7. Hewett T.E., Ford K.R., Hoogenboom B.J., Myer G.D. Understanding and preventing acl injuries: Current biomechanical and epidemiologic considerations—Update 2010. *N. Am. J. Sports Phys. Ther.* 2010;5:234–251.
8. Paterno M.V., Ford K.R., Myer G.D., Heyl R., Hewett T.E. Limb asymmetries in landing and jumping 2 years following anterior cruciate ligament reconstruction. *Clin. J. Sports Med*. 2007;17:258–262. doi: 10.1097/JSM.0b013e31804c77ea.
9. Langberg H, Ellingsgaard H, Madsen T, Jansson J, Magnusson SP, Aagaard

- P, et al. Eccentric rehabilitation exercise increases peritendinous type I collagen synthesis in humans with Achilles tendinosis. *Scand J Med Sci Sports*. (2006) 17(1):61–6.10.1111/j.1600-0838.2006.00522.x
10. Ohberg L, Alfredson H. Effects on neovascularisation behind the good results with eccentric training in chronic mid-portion Achilles tendinosis? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. (2004) 12(5):465–70. 10.1007/s00167-004-0494-8.

Capítulo 281

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL PORTEO ERGONÓMICO EN EL ADULTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

El porteo es la forma de transportar al bebé asegurando un contacto constante y una postura adecuada tanto para el bebé como para la persona que portea y así poder beneficiarse de todas las ventajas que conlleva el porteo para los padres y el bebé. Para ello, hay diferentes tipos de fulares elásticos, tejidos, mochilas, mixtos y hay que elegir los fulares o mochilas que respetan la fisiología y permiten cuidar de la ergonomía postural de ambos, favoreciendo el desarrollo emocional y físico del bebé y, también, de la persona que portea.

Para que un portabebé sea ergonómico debe permitir mantener una correcta postura respetando la fisiología y fisionomía tanto del bebé como del adulto. Pero utilizar un portabebé ergonómico, como un fular tejido o una mochila ergonómica, no nos garantiza estar porteando de manera ergonómica al bebé ni que el adulto

tenga una postura adecuada. Para ello hay que prestar atención a muchas variables que van a producir una sensación agradable y cómoda o no para portear. El fisioterapeuta cuenta múltiples conocimientos en cuanto a anatomía y postura, por ello es muy importante la valoración que puede llevar a cabo de todos estos aspectos para asegurar el cuidado postural del adulto y del bebé.

2 Objetivos

Describir el adecuado uso del porteo ergonómico desde el punto de vista de fisioterapia.

Dar a conocer cómo ayudar a cuidar la espalda del adulto con el porteo ergonómico.

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 el momento que nace un bebé mantenerlo en brazos modificará la postura del adulto dependiendo de su peso, movilidad, estabilidad y de la práctica y seguridad en coger al bebé. Por ello, el porteo ergonómico aparece como una herramienta disponible para las familias y los fisioterapeutas que minimiza el impacto de llevar en brazos al bebé y cuida la espalda del adulto. El objetivo, entonces, del fisioterapeuta será mejorar la experiencia de portear y prevenir los dolores de espalda y problemas del suelo pélvico en el adulto.

El fisioterapeuta debe valorar al adulto para ver si tiene problemas lumbares, escoliosis o problemas del suelo pélvico entre otros, para recomendar un tipo de portabebés. A su vez, debe asegurarse que el portabebé sea ergonómico para asegurar la posición del bebé y una vez elegido se llevará a cabo la correcta colocación postural tanto del bebé como del adulto.

El bebé debe tener una posición ergonómica en posición de ranita con la espalda en forma de “c” y las piernas en forma de “m”, de tal manera que tenga una flexión mantenida de piernas y las rodillas estén separadas a la anchura de los hombros siempre mirando hacia el cuerpo del adulto.

Será importante la tensión de la tela para integrar el centro de gravedad del bebé y del adulto, de manera que no se sobrecargue en exceso la espalda del porteador. Para ello, hay que tensar la tela punto por punto (en el caso del fular) o según posibilidades que nos ofrezca el portabebé. Un error habitual es dejar el portabebé flojo por miedo a hacer daño al bebé, pero, en cambio, los bebés admiten mejor una tensión firme que una floja ya que les da más seguridad. En este caso el bebé daría la sensación de estar “colgado” del hueco poplíteo y la zona dorsal del porteador suele caer hacia atrás con respecto a la pelvis.

Por otro lado, hay que evitar que el cinturón o la tela de la cintura caigan a la altura de L3, ya que podría provocar un aumento de lordosis lumbar. Es importante ajustar bien esta cinta ya que esta va a ser la que va a apoyar la acción de la musculatura del abdomen, como una faja que refuerce y proteja la zona lumbar. También es importante que el cinturón vaya lo más horizontal posible de atrás hacia delante, porque si va oblicuo puede llevar a hacer una anteversión de la pelvis.

El bebé tiene que estar a una altura adecuada que normalmente es la que permite darle un besito en la cabeza con tan solo inclinar la cabeza del adulto. Si el bebé está alto limita el campo de visión y si está bajo se sobrecargará la zona dorsal alta del porteador, al estar sometida a una flexión.

Para proteger la zona de los hombros es importante un apoyo amplio de la tela en esta zona o un tirante acolchado (en el caso de mochilas y mei tais), para que se reparta adecuadamente el peso en esta zona. Evitar que la presión caiga excesivamente pegado al cuello, ya que podría comprimir a nivel del plexo braquial y ser incómodo. En el caso del fular buscamos apoyos amplios para que el peso se reparta adecuadamente.

En cuanto a la zona dorsal el fular da más posibilidad de coger una superficie más amplia en esta zona para repartir el peso, que el que nos da una mochila. Cuando se sobrecarga la espalda, aparecen lumbalgias frecuentes, escoliosis, etc. es preferible utilizar nudos de fular, o portabebés que repartan el peso de la forma más simétrica posible. Tener en cuenta que las bandoleras o portabebés asimétricos tienen la desventaja de cargar más en un lado que en otro de la espalda.

En el postarto, también necesitamos ayudar a la musculatura abdominal (que ha estado distendida y ahora tiene que volver a trabajar), teniendo muy en cuenta la recuperación del suelo pélvico. Hay que evitar nudos que generen presión sobre

la zona media y alta del abdomen e intentar que el portabebé refuerce la parte inferior del abdomen.

Es importante mejorar la experiencia de porteo y la salud postural en general, para ello podemos trabajar la conciencia postural del adulto. Le pedimos que cierre sus ojos y que piense cómo siente su cuerpo colocado, primero de forma global y luego segmento por segmento. Lo realizamos antes de hacer los ajustes mencionados y después, se repite una vez realizados los ajustes, para que así sienta cómo ha mejorado su postura.

5 Discusión-Conclusión

La figura del fisioterapeuta en el análisis de una postura correcta como en la adecuada ejecución de movimientos con el portabebés se hace fundamental para que ayude a utilizar el portabebé adecuado a las características y necesidades del bebé y del adulto. Prestando atención a la postura adecuada del bebé, a la cercanía del bebé al adulto, a los ajustes a nivel de hombros, dorsal, lumbar y cintura, se pueden reducir en gran porcentaje los dolores de espalda y se pueden prevenir problemas de suelo pélvico con el porteo. Todo esto junto con una conciencia corporal mejorará la experiencia de porteo en el adulto y también en el bebé.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 282

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

ELENA MOLINA BODAS

NEREA SORIA SANZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

La Fisioterapia que se hace en la unidad de cuidados intensivos podemos decir que se ha venido usando durante décadas en todas las partes del mundo, en estas unidades se forman equipos que son multidisciplinarios, de forma inicial, en aquella patología que sea de carácter respiratorio, de forma posterior en la patología cardiopulmonar, músculo-esquelético y también neuromuscular.

Los distintos servicios de la medicina en esta área pueden representar de forma única entre el 5 y el 10% de las camas del hospital que se suceden alrededor del 20% de los distintos recursos de los que se disponen en esta unidad de cuidados de los pacientes agudos y que supone el 10% de los costes que se generan en el hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos se puede definir como un equipo de profesionales de la salud que ofrecen una asistencia multidisciplinar dentro de un espacio específico del hospital.

En este equipo se incluyen los fisioterapeutas, con sus competencias que quedan perfectamente definidas en el Libro Blanco de la fisioterapia, este libro es un libro que se llama así porque permite al fisioterapeuta aplicar sus conocimientos dentro de la disciplina y pudiendo bajo su criterio permitir la rehabilitación del paciente en varias disciplinas.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la importancia del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del sistema público de salud.

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 que tiene el profesional fisioterapeuta dentro de la unidad de cuidados intensivos están bien definidas, estas son tales como la limpieza de secreciones; poder dar soporte en las técnicas de la fisioterapia respiratoria en el enfermo extubado, o que tiene ventilación mecánica.

Distintos estudios se han considerado como la realización de la movilización temprana en el paciente crítico que está ingresado en estas unidades, puede favorecer su recuperación y así evitar las complicaciones que se derivan de la estancia prolongada y la debilidad que se adquiere en la cama dentro de los cuidados intensivos. Las distintas intervenciones hacen disminuir una debilidad que se adquiere y una falta de la condición física que se asocia a la enfermedad crítica. Los distintos estudios recientes han podido demostrar que es segura, factible y también

más beneficiosa en la unidad de cuidados intensivos. Si nos referimos a la debilidad muscular, que se genera en el paciente adulto, la fuerza de los músculos se disminuye en un 1% por cada día que el paciente permanezca encamado. A esto le podemos unir la escasa movilidad que tiene el paciente en esta unidad, la pérdida de la fuerza muscular se eleva hasta un 25% en una semana completa, lo que hace que este paciente si no es intervenido por la figura del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos no podrá moverse y debilitará completamente su masa muscular. Los movimientos del fisioterapeuta deben hacerse bajo estricto control médico y de enfermería y los ejercicios serán en todo caso de forma pasiva hasta que el paciente poco a poco, si recupera la conciencia, se debe de hacer que colabore todo lo posible en su rehabilitación física.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se llegan a realizar estudios sobre otro tipo de técnicas de la fisioterapia en la unidad de cuidados intensivos, puede ir más allá de lo que se llama fisioterapia respiratoria. Se deben realizar como mínimo ejercicios de forma activa de las extremidades, tanto inferiores como superiores, realizar cambios de la cama a la silla o la bipedestación en la que se puede usar distintas máquinas de elevación mecánica, incluso se puede intentar o por lo menos iniciar al paciente en el proceso de la deambulaci3n, estas intervenciones van encaminadas a poder generar un impacto positivo que se genera en el transporte del oxígeno y de la relación con la ventilaci3n y la perfusi3n.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 283

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN PACIENTES CON PÁRKINSON. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NEREA SORIA SANZ

ELENA MOLINA BODAS

MIGUEL TRUJILLO LÓPEZ

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

LUIS CARLOS MORENO SAIZ

1 Introducción

La enfermedad del párkinson es una patología crónica neurodegenerativa, que afecta al sistema nervioso y por tanto a todas aquellas partes del organismo que sean controladas por nervios.

Es la segunda enfermedad después del Alzheimer con mayor prevalencia y produce sobre el individuo trastornos en el movimiento.

En esta patología se produce una pérdida de neuronas en la sustancia negra del cerebro, que produce una falta de dopamina, una sustancia esencial para realizar movimientos básicos, por lo que el movimiento normal se ve alterado, mostrándose temblores, inestabilidad o rigidez en algunas zonas.

A día de hoy no se conoce a ciencia cierta las causas de esta enfermedad aunque se cree que puede ser multifactorial: causas genéticas, causas ambientales, el envejecimiento del individuo, hábitos no saludables, etc.

Existen distintos estadios de la enfermedad según la afectación que tenga sobre el paciente sea más leve o severa.

No existe por tanto un tratamiento curativo, sino que el tratamiento deberá estar enfocado a paliar en la medida de lo posible las afectaciones que sufra cada individuo. Se combinan algunos fármacos para disminuir los principales síntomas, como la levodopa, la amantadina, los anticolinérgicos, agonistas de la dopamina y también algunas técnicas quirúrgicas y terapias como la fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicología.

2 Objetivos

Exponer la importancia del desarrollo de la fisioterapia para intentar disminuir los efectos de la enfermedad del párkinson, conociendo algunas de las técnicas que se emplean en la actualidad.

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

Como sabemos esta patología afecta en su mayoría de casos a personas de avanzada edad, aunque también vemos casos de pacientes en edad más temprana.

Como hemos visto esta enfermedad neurodegenerativa ocasiona alteraciones en el movimiento del paciente que pueden provocar temblores, variación e inestabilidad en la postura, alteraciones en el equilibrio, rigidez, alteración de la marcha, movimientos más lentos y dificultosos, calambres, etc.

Para lograr disminuir todos estos efectos que produce sobre el individuo es esencial que realice una serie de ejercicios diarios, que resulten variados para fortalecer todos sus músculos.

Para ello como fisioterapeutas realizamos una rutina de ejercicios personalizados a las necesidades del paciente, entre algunos de esos ejercicios podemos encon-

trar:

- Ejercicios con movimientos laterales, de extremidades superiores e inferiores, rítmicos y con simetría.
- Ejercicios de equilibrio.
- Flexiones y rotaciones.
- Corrección postural.
- Ejercicios en marcha: Ejercicios para mejorar la longitud y amplitud del paso, apoyos y oscilación, giros, etc.
- Ejercicios de coordinación.
- Prevención de contracturas musculares.
- Ejercicios para favorecer la amplitud de los movimientos articulares.
- Ejercicios de relajación muscular.
- Ejercicios para tonificar músculos con mayor debilidad.
- Ejercicios de estiramiento.
- Educación en cuanto al uso de ayudas mecánicas para el movimiento (andadores, bastones, muletas, sillas de ruedas, grúas...) tanto para el paciente como para sus familiares.
- Protección ante posibles caídas.
- Reeducación en los movimientos de transferencias básicas: pasar de la cama al sillón, de cama a silla...

Los ejercicios que apliquemos al paciente van a variar según el estadio de la enfermedad en la que se encuentre, su estado cognitivo, otras patologías, su grado de autonomía y su condición física.

Algunos de los principales recursos que podemos aplicar para la realización de los ejercicios son el uso de aros, pelotas de distinto tamaño, pesas, bandas elásticas, vendajes, termoterapia y crioterapia, electroterapia, masoterapia...

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto estos tratamientos y la aplicación de la fisioterapia a pacientes con la enfermedad del párkinson están enfocados a aumentar la actividad física del individuo con la finalidad de disminuir el envejecimiento o la degeneración muscular del individuo, logrando un estado de mayor bienestar.

Además no sólo ayudará al individuo de forma física sino también en su estado de ánimo y en la de sus familiares o allegados, haciéndole ser una persona lo más independiente posible dentro de sus posibilidades, ayudándole no solo a aumentar su movilidad, sino también su fuerza y flexibilidad durante las diferentes etapas de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 284

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANDREA CHOCANO LEAL

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una acumulación excesiva de grasa, pudiendo generar problemas de salud a largo plazo y se diagnostica con un Índice de Masa Corporal ≥ 30 (kg/m²). (1) Los últimos datos publicados muestran que el 38% de la población mundial presentaban sobrepeso y obesidad en 2020, incrementándose esta cifra por encima del 50% en las estimaciones calculadas para el año 2035. (2) Según la Encuesta Nacional de Salud en España el 16% de la población presentaba obesidad en 2020, mientras que un 44,9% de hombres y un 30,6% de mujeres padecían sobrepeso. (3)

Una sólida evidencia científica avala que la obesidad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades metabólicas (diabetes tipo 2 y enfermedad de hígado graso), enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular), depresión, cáncer (mama, próstata, colon), así como problemas musculoesqueléticos (osteoartritis, pérdida de movilidad articular) (4,5)

Son varios los mecanismos por los que la obesidad predispone la aparición de problemas musculoesquelético. A pesar de que con el aumento de peso haya un incremento tanto de la grasa como de la masa muscular, en general la masa muscular continúa siendo relativamente baja y, además, con una inadecuada funcionalidad para soportar las cargas impuestas. (6)

Otro mecanismo es el estrés mecánico provocado por la liberación de mecanismos proinflamatorios en los tejidos articulares tales como la interleucina (IL)-1beta, la ciclooxigenasa-2, la prostaglandina E2. En relación con los mecanismos proinflamatorios se ha demostrado que las citocinas proinflamatorias como la IL-6 y la proteína C reactiva predicen tanto la incidencia 56 como la progresión 57,58 de enfermedades como la artritis o osteoartritis. (7) Por este motivo a través de este trabajo se pretende conocer los principales problemas y patologías musculoesqueléticos derivados de la obesidad.

2 Objetivos

Identificar los principales trastornos musculoesqueléticos que se pueden desarrollar en la sociedad debidos a la obesidad y el impacto sobre ella.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó la base de datos Pubmed combinando los siguientes operadores booleanos y palabras claves: (musculoskeletal disease OR musculoskeletal problems OR joint mobility OR musculoskeletal pathology) AND (obesity OR obese population). Se revisaron los artículos publicados a partir de 2019, así como se usó el filtro de artículos completos (Full Free Text). A continuación, se evaluaron los posibles manuscritos elegibles en función de los siguientes criterios de inclusión: 1) Población adulta con obesidad, 2) evaluar y/o describir problemas, patologías o enfermedades musculoesqueléticas y 3) artículos publicados a partir de 2019.

4 Resultados

Se han incluido tres estudios en esta revisión sistemática. El primer estudio incluyó analizó la cinemática y la cinética de las articulaciones de rodilla y tobillo durante la marcha de jóvenes con peso saludable comparado con los que presentaban obesidad. Los principales hallazgos de este trabajo fueron las diferencias significativas en la mecánica de las articulaciones de la rodilla y el tobillo en todos los planos de movimiento entre los jóvenes con obesidad y peso saludable. Los adultos obesos mostraban una menor flexión de la rodilla, un mayor ángulo de abducción de la rodilla durante todo el ciclo de la marcha y anomalías en el momento de flexión-extensión de la rodilla comparado con los participantes de peso saludable. Por otro lado, en la articulación del tobillo se observó una menor amplitud de movimiento junto con un menor pico de momento flexoplantar del tobillo y potencia durante el apoyo final del pie. Estos resultados confirman que las alteraciones mecánicas en la marcha producidas por la obesidad predisponen a esta población a un mayor riesgo de enfermedades como la osteoartritis. (8)

El segundo artículo incluyó un ensayo controlado aleatorizado en adultos mayores obesos y con osteoartritis de rodilla de 18 meses de duración con tres grupos: 1) ejercicio, 2) dieta, 3) ejercicio y dieta. El grupo de ejercicio y dieta caminó significativamente más rápido al finalizar el programa. El impulso compresivo tibiofemoral y pico de flexión plantar del tobillo fue significativamente menor en los grupos de dieta y ejercicio y solo dieta. Además, todos aquellos participantes con una pérdida >10% del peso corporal redujeron significativamente de la carga en la cadera, rodilla y tobillo. (9)

El último estudio incluyó una intervención de rehabilitación del tren inferior a corto plazo sobre el dolor, la rigidez, la función física y el índice de masa corporal en participantes con osteoartritis de rodilla con sobrepeso u obesidad. El protocolo de rehabilitación incluyó ejercicios de fortalecimiento del tren inferior, así como estiramientos. Los principales resultados fueron una mayor reducción del dolor de rodilla en el grupo que realizó el protocolo de rehabilitación, así como una mayor satisfacción, adherencia al ejercicio. Sin embargo, no se observaron cambios en la función física e Índice de Masa Corporal. (10)

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la evidencia publicada con respecto a este tema se han seleccionado los artículos más recientes, así como aquellos con una alta calidad metodológica. Se

ha tenido en cuenta el tamaño muestral, tipo de estudio y metodología utilizada, además, se ha tenido en cuenta la realización de intervención. Como principales conclusiones son que la población con obesidad tiene mayor predisposición a presentar alteraciones mecánicas, especialmente en la articulación de rodilla y tobillo la cuales afectan directamente a la marcha. Además, estos problemas a nivel mecánico aumentan el riesgo de desarrollar patologías como la osteoartritis de rodilla o artrosis en las articulaciones del tren inferior. Se ha demostrado que intervenciones que incluyan un programa de rehabilitación y/o ejercicio físico junto con un control nutricional producen una perdida de peso lo que ayuda a mejorar la función mecánica y evitar el desarrollo de este tipo de patologías.

6 Bibliografía

1. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA*. 2003 Jan 8;289(2):187-93. doi: 10.1001/jama.289.2.187.
2. Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Powis, J., Brinsden, H., & Gray, M. World Obesity Atlas 2023. World Obesity Federation. 2023 March: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
3. Encuesta Europea de Salud. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). Instituto Nacional de Estadística: 2020.
4. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 May;15(5):288-298. doi: 10.1038/s41574-019-0176-8. PMID: 30814686.
5. Belczak CE, de Godoy JM, Belzack SQ, Ramos RN, Caffaro RA. Obesity and worsening of chronic venous disease and joint mobility. *Phlebology*. 2014 Sep;29(8):500-4. doi: 10.1177/0268355513492510.
6. Vincent HK, Heywood K, Connelly J, Hurley RW. Obesity and weight loss in the treatment and prevention of osteoarthritis. *PM R*. 2012 May;4(5 Suppl):S59-67. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.01.005.
7. Livshits G, Zhai G, Hart DJ, Kato BS, Wang H, Williams FM, Spector TD. Interleukin-6 is a significant predictor of radiographic knee osteoarthritis: The Chingford Study. *Arthritis Rheum*. 2009 Jul;60(7):2037-45. doi: 10.1002/art.24598. PMID: 19565477; PMCID: PMC2841820.
8. Capodaglio P, Gobbi M, Donno L, Fumagalli A, Buratto C, Galli M, Cimolin V. Effect of Obesity on Knee and Ankle Biomechanics during Walking. *Sensors (Basel)*. 2021 Oct 27;21(21):7114. doi: 10.3390/s21217114. PMID: 34770421; PMCID: PMC8588043.
9. Messier SP, Beavers DP, Mihalko SL, Miller GD, Lyles MF, Hunter DJ, Carr

JJ, Eckstein F, Guermazi A, Loeser RF, DeVita P. The effects of intensive dietary weight loss and exercise on gait in overweight and obese adults with knee osteoarthritis. The Intensive Diet and Exercise for Arthritis (IDEA) trial. *J Biomech*. 2020 Jan 2;98:109477. doi: 10.1016/j.jbiomech.2019.109477.

10. Rafiq MT, Hamid MSA, Hafiz E. Short-Term Effects of Strengthening Exercises of the Lower Limb Rehabilitation Protocol on Pain, Stiffness, Physical Function, and Body Mass Index among Knee Osteoarthritis Participants Who Were Overweight or Obese: A Clinical Trial. *ScientificWorldJournal*. 2021 Dec 22;2021:6672274. doi: 10.1155/2021/6672274.

Capítulo 285

INTERVENCION DE FISIOTERAPIA Y SUS EFECTOS EN PACIENTES CON COVID19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ADRIÁN AGUILERA ACEDO

MONTSERRAT MARTÍNEZ GARCÍA

SANDRA DONDARZA MARTIN

NADIA AGUILAR SOTOS

ANDREA CHOCANO LEAL

1 Introducción

El Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) es un nuevo coronavirus que apareció en el año 2019 y causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) (1). Después de pasar la enfermedad por infección de COVID-19, hasta un 60 por ciento de los supervivientes experimentan síntomas que no se explican mediante un diagnóstico alternativo (2). A día de hoy la enfermedad por COVID-19 sigue afectando fuertemente al sistema sanitario. La enfermedad ha afectado hasta ahora a más de 525 millones de personas en todo el mundo, incluidas más de 6 millones de muertes (3). La COVID-19 afecta gravemente a las funciones pulmonares, físicas y mentales (4). La disnea, la fatiga y la

tolerancia reducida al ejercicio también son comunes en pacientes post COVID-19 (5).

La importancia de la fisioterapia en pacientes que han sufrido COVID-19 y alargan severo a ligeros síntomas se ha convertido en un papel de gran importancia. Dentro del tratamiento de fisioterapia que aborda a los pacientes con COVID-19 se encuentra: el trabajo de la musculatura respiratoria, ejercicios de movilidad torácica, ejercicios de fuerza y resistencia y fisioterapia respiratoria.

Sin embargo, aún es pronto para establecer cuáles son los protocolos o beneficios que la fisioterapia puede ofrecer en este tipo de pacientes. Por lo tanto, es importante analizar en la literatura científica los últimos avances en fisioterapia, así como los resultados obtenidos en pacientes que sufren de COVID persistente, así como el papel que la fisioterapia puede ofrecer en pacientes que sufren la enfermedad en fase más aguda.

2 Objetivos

- Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia en pacientes que sufren o han sufrido Covid-19.

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 "physiotherapy" and "Covid-19" and "Sars-Cov2"). Se filtro 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 en pacientes que sufrieran Covid-19. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen un año de antigüedad.

4 Resultados

El primer artículo analizado "Effects of Physiotherapy on Rehabilitation and Quality of Life in Patients Hospitalized for COVID-19: A Review of Findings from Key Studies Published 2020–2022" revisión sistemática que concluyó la viabilidad de la fisioterapia para mejorar la resistencia aeróbica, la fuerza, la capacidad

pulmonar, las actividades de la vida diaria y la funcionalidad de los pacientes post-Covid-19 después del alta hospitalaria (6).

El siguiente estudio “Home-based respiratory muscle training on quality of life and exercise tolerance in long-term post-COVID-19: Randomized controlled trial” evalúa los efectos de un programa de entrenamiento de los músculos respiratorios en el hogar monitoreado por videoconferencia. Y se concluyó que un programa domiciliario de entrenamiento de musculatura respiratoria de 8 semanas monitoreado fue eficaz para mejorar la calidad de vida, pero no la tolerancia al ejercicio en personas con COVID persistente. Además, los programas con IMT y RMT fueron eficaces para mejorar la función de los músculos respiratorios y la fuerza de los músculos de las extremidades inferiores, pero no tuvieron impacto en la función pulmonar ni en el estado psicológico (7).

En otro de los estudios analizados y estudiados “Effects of continuous aerobic training associated with resistance training on maximal and submaximal exercise tolerance, fatigue, and quality of life of patients post-COVID-19” concluyó que un programa de rehabilitación pulmonar que consiste en entrenamiento aeróbico y de fuerza de intensidad moderada es eficaz para los pacientes con COVID persistente. La Rehabilitación mejora la función pulmonar, la fuerza de los músculos respiratorios, la tolerancia al ejercicio máximo y submáximo, la fatiga, la calidad de vida de los pacientes después de COVID-19. Además, la mayoría de los pacientes percibieron mejoras clínicas positivas después de la rehabilitación (8). El último estudio analizado “Physiotherapy practice for hospitalized patients with COVID-19” se concluyó que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que están ingresados en hospital por COVID-19 pueden mejorar la saturación de oxígeno (9).

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 pacientes que sufren secuelas de COVID19 (COVID persistente), así como aquellos que sufren la enfermedad en una etapa más aguda o ingresan en hospital, puede mejorar la capacidad pulmonar, la función respiratoria, la sintomatología de la enfermedad, así como las actividades funcionales. Sin embargo, debido a la diversidad en cuanto al tratamiento, pacientes y técnicas utilizadas, es importante seguir realizando búsquedas periódicas para actualizar el protocolo de tratamiento en pacientes que sufren COVID-19 o mantienen secuelas pasada la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Inter Med.* 2020;180(7):934–43. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
2. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Florencio LL, Cuadrado ML, Plaza-Manzano G, et al. Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med.* 2021;92:55–70. doi: 10.1016/J.EJIM.2021.06.009.
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022. Available at: <https://covid19.who.int/>.
4. Anderson, L. , Oldridge, N. , Thompson, D. R. , Zwisler, A. D. , Rees, K. , Martin, N. , & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease Cochrane systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1–12. 10.1016/j.jacc.2015.10.044 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
5. Cortés-Telles, A. , López-Romero, S. , Figueroa-Hurtado, E. , Pou-Aguilar, Y. N. , Wong, A. W. , Milne, K. M. , Ryerson, C. J. , & Guenette, J. A. (2021). Pulmonary function and functional capacity in COVID-19 survivors with persistent dyspnoea. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 288(December 2020), 103644. 10.1016/j.resp.2021.103644.
6. Beqaj S, Mačak Hadžiomerović A, Pašalić A, Jaganjac A. Effects of Physiotherapy on Rehabilitation and Quality of Life in Patients Hospitalized for COVID-19: A Review of Findings from Key Studies Published 2020-2022. *Med Sci Monit.* 2022 Oct 12;28:e938141. doi: 10.12659/MSM.938141. PMID: 36221250; PMCID: PMC9575512.
7. Del Corral T, Fabero-Garrido R, Plaza-Manzano G, Fernández-de-Las-Peñas C, Navarro-Santana M, López-de-Uralde-Villanueva I. Home-based respiratory muscle training on quality of life and exercise tolerance in long-term post-COVID-19: Randomized controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med.* 2023 Feb;66(1):101709. doi: 10.1016/j.rehab.2022.101709. Epub 2022 Sep 30. PMID: 36191860; PMCID: PMC9708524.
8. Araújo BTS, Barros AEVR, Nunes DTX, Remígio de Aguiar MI, Mastroianni VW, de Souza JAF, Fernandes J, Campos SL, Brandão DC, Dornelas de Andrade A. Effects of continuous aerobic training associated with resistance training on maximal and submaximal exercise tolerance, fatigue, and quality of life of patients

post-COVID-19. *Physiother Res Int*. 2023 Jan;28(1):e1972. doi: 10.1002/pri.1972. Epub 2022 Sep 11. PMID: 36088642; PMCID: PMC9539049.

9. Dias LMS, Guimaraes FS, Leite CF, Paro FM, Annoni R, Oliveira ACO, Accioly MF, Volpe MS. Physiotherapy practice for hospitalized patients with COVID-19. *J Bras Pneumol*. 2022 Sep 5;48(4):e20220121. doi: 10.36416/1806-3756/e20220121. PMID: 36074409; PMCID: PMC9496139.

Capítulo 286

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN FISIOTERAPIA

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SONIA LÓPEZ CASTELLÓ

ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES

1 Introducción

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), también pueden ser llamadas enfermedades cardíacas o coronarias. Se producen por trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.

Se trata de una de las patologías mas comunes en la sociedad actual y de las mas mortíferas en el mundo llegando a causar 17,3 millones de muertes en el mundo. En España las enfermedades cardiovasculares pasan a formar parte de la primera causa de fallecimiento.

Entre los factores de riesgo que intervienen en las enfermedades cardiovasculares podemos encontrar: la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, el consumo de tabaco, llevar una vida sedentaria y el sobrepeso.

Entre las patologías cardíacas que encontramos en la actualidad podemos encontrar: la insuficiencia cardíaca, el infarto cerebrovascular (ACV), las arritmias, el infarto agudo de miocardio, la hipertensión arterial o la tensión arterial alta, la fibrilación auricular, etc.

Estas patologías pueden presentar unas comorbilidades las cuales se pueden enfrentar con unas pautas de rehabilitación cardíaca adaptadas a cada paciente y a cada patología que se haya sufrido.

La rehabilitación cardíaca que se puede llevar a cabo incluye el entrenamiento con ejercicio físico terapéutico, un apoyo emocional y una educación para llevar una vida saludable.

Por lo que la fisioterapia tiene un papel fundamental en el tratamiento de este tipo de patologías.

2 Objetivos

Con la realización de esta revisión bibliográfica queremos analizar la rehabilitación por medio de la fisioterapia de pacientes con patologías cardíacas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica según las recomendaciones PRISMA. La revisión se realizó entre los meses de octubre de 2022 y febrero de 2023. Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, PEDro, utilizando las palabras clave como descriptores.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales. Se encontraron un total de 12 artículos, seleccionados finalmente 5 artículos.

La estrategia de búsqueda de nuestra revisión sistemática fue: “Cardiac Rehabilitation” AND (“physical therapy” OR physiotherapy). Se adaptó la búsqueda según el motor de búsqueda de datos consultado.

4 Resultados

Después de la realización del estudio de la revisión sistemática de los 5 artículos analizados hemos podido observar que para poder realizar un tratamiento de fisioterapia de pacientes con patologías cardiovasculares se debe de realizar una evaluación previa de las capacidades de cada participante, para poder llevar a cabo un programa de rehabilitación cardíaca.

Entre los valores que hay que tener en cuenta para poder llevar a cabo un programa de rehabilitación cardíaca encontramos que se debe reseñar el tipo de patología que ha sufrido cada paciente, así como la fecha en que se ha producido

dicha patología. También se debe tener en cuenta las pulsaciones que el paciente tiene, su capacidad aeróbica y también su capacidad física. Todos estos valores se deben tener en cuenta a la hora de poder pautar un protocolo de rehabilitación cardiaca de forma personalizada a cada uno de ellos.

En los estudios analizados encontramos que la mayoría de pacientes con patologías cardiovasculares que se han sometido a un entrenamiento de rehabilitación cardiaca con ejercicio físico terapéutico se mantenían entre 2 y 3 sesiones semanales, de una hora de duración cada sesión, donde se realizaba una supervisión por parte del fisioterapeuta especializado y dedicado y especializado en este tipo de trabajo. Es importante también destacar como parte del fisioterapeuta cardiaco que debe de realizarse un seguimiento en todo momento, ha de controlar durante todo el tratamiento las constantes vitales así como del estado general del paciente, ya que en cualquier momento que el paciente pudiera verse comprometido hay que parar el entrenamiento. También hay que volver a evaluar su progresión en el programa de rehabilitación cardiaca, así como evaluar las constantes una vez finalizado el entrenamiento

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de nuestra revisión han mostrado que la rehabilitación cardiaca mediante protocolos de rehabilitación son eficaces siempre que se personalice el tipo de entrenamiento a cada paciente ya que a parte de que existen múltiples de patologías cardiacas por las cuales los pacientes pueden ingresar en estos programas de rehabilitación podemos encontrar que cada paciente tenga unas cualidades físicas y funcionales diferentes. Es importante destacar el papel de la realización de una evaluación continuada de dichos pacientes y como el control de los valores es fundamental en este entrenamiento funcional orientado a la mejora de las cualidades físicas de los pacientes participantes.

6 Bibliografía

1. Squires, R. W., Kaminsky, L. A., Porcari, J. P., Ruff, J. E., Savage, P. D., & Williams, M. A. (2018). Progression of exercise training in early outpatient cardiac rehabilitation: An official statement from the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 38(3), 139–146.
2. Lear, S. A. (2018). The Delivery of Cardiac Rehabilitation Using Communications Technologies: The “Virtual” Cardiac Rehabilitation Program. *Canadian*

Journal of Cardiology, 34(10), S278–S283.

3. Zanini, M., Nery, R. M., De Lima, J. B., Buhler, R. P., Da Silveira, A. D., & Stein, R. (2019). Effects of Different Rehabilitation Protocols in Inpatient Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 39(6), E19–E25.

Capítulo 287

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN EL SÍNDROME SUBACROMIAL

ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

SONIA LÓPEZ CASTELLÓ

1 Introducción

El hombro es una de las articulaciones más móviles del cuerpo humano y la que padece mayor cantidad de patologías. El dolor de hombro agrupa muchas disfunciones, donde incluimos el síndrome subacromial, que afecta en torno al 40 % de la población adulta de mediana edad. Se puede clasificar de diferentes formas, según su etiología.

Puede ser de origen local, referido o irradiado, de origen vascular o neurológico. Es la tercera causa más frecuente de consulta en el servicio médico de rehabilitación y dentro de las lesiones del sistema músculo esquelético.

La causa más frecuente de dolor de hombro es el síndrome de impingement subacromial (SIS), el cual se define como el pinzamiento de las estructuras que se encuentran en el espacio subacromial durante el movimiento de abducción del hombro. El espacio subacromial se encuentra delimitado por la cabeza humeral, el borde anterior del acromion, la cara inferior del acromion, el ligamento coracoacromial y la articulación acromioclavicular.

Las estructuras que lo conforma son: el tendón del músculo supraespinoso, la bolsa subacromial, la porción larga del tendón del músculo bíceps braquial y la cápsula articular glenohumeral. Cualquiera de estas estructuras pueden verse

afectada en la patología subacromial. Abarca desde la inflamación de dichas estructuras en estadios iniciales hasta la degeneración y rotura en estadios finales de la patología.

Dicho término fue descrito por Neer para definir el pinzamiento mecánico del tendón del manguito rotador a nivel antero-inferior del acromion, por uno o más de los componentes del arco acromial: acromion, articulación acromioclavicular, ligamento acromiocracordeo y apófisis coracoides, especialmente al colocar el hombro en posición de abducción y rotación interna. Además, puede existir afectación del tendón largo del bíceps y de la bolsa subacromial.

Propone 3 estadios basados en el grado de afectación de las estructuras del espacio subacromial:

- Fase I: Donde existe inflamación y es reversible.
- Fase II: Existe inflamación crónica y fibrosis del espacio subacromial.
- Fase III: Se produce un desgarro del espesor total del tendón por la presencia de osteofitos.

Las fases II y III no son reversibles.

Clínicamente, los pacientes con pinzamiento subacromial presentan dolor en cara anterolateral del hombro en los movimientos de abducción, principalmente, con limitación de balances articulares en los movimientos de abducción y rotaciones.

El objetivo de la revisión es analizar las diferentes técnicas fisioterápicas más empleadas y la que tienen mayor efectividad, puesto que no existe unanimidad en la aplicación de las múltiples y diferentes tipos de técnicas que se emplean en su tratamiento.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica existente sobre los tratamientos fisioterápicos empleados en el tratamiento del síndrome subacromial.
- Determinar los tratamientos fisioterápicos más efectivos en la terapia del síndrome subacromial.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library, PEDro, Medline, Elsevier y Scopus. La búsqueda se complementó con las revistas 'Cuestiones de Fisioterapia'.

Se han usado como descriptores: physiotherapy, physical therapy, rehabilitation, impingement syndrome, subacromial syndrome, degenerative pathology, shoulder pain, treatment, combinados con los operadores booleanos AND, NOT y OR. Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados, los cuales, son de mayor evidencia científica. Cuyo idioma fuese inglés o español.

Publicados durante los últimos 10 años (2013-2023) y estudios realizados en seres humanos.

Siendo excluidos todos aquellos estudios cuya muestra de sujetos hubiera sido sometida a alguna cirugía de hombro, así como estudios, en los cuales, el síndrome subacromial no haya sido tratado con técnicas de fisioterapia.

4 Resultados

Hubo dificultad para encontrar artículos recientes sobre el síndrome subacromial y las técnicas fisioterápicas empleadas; y de ellas, las más eficaces. Por ello, se optó por realizar búsquedas en la plataforma para investigadores www.researchgate.com

y solicitar directamente los artículos a los autores de cada uno de ellos.

Tras someter los artículos encontrados a los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron aquellos que no se correspondían con el tema de estudio. En total, obtuvimos 7 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, presentando muestras muy variables: El estudio con menor muestra fue de 20 personas y el mayor, de 50 personas con edades comprendidas entre los 25 y 65 años. El 90% de la población estudiada era del sexo femenino.

Encontramos un primer estudio, donde comparaba el uso de acupuntura y fisioterapia frente al uso del TENS (estimulación eléctrica transcutánea) y fisioterapia, consistiendo esta en ejercicios activos de control motor, cinesiterapia y aplicación de termoterapia superficial. Ambos grupos recibieron un total de 15 sesiones donde se observó que el primer grupo obtuvo mejores resultados en el alivio del dolor y mejora de la funcionalidad que el segundo grupo, según la escala Constant.

Otro estudio utilizó el uso de fibrolisis diacutánea, donde hubo una mejora significativa en el alivio del dolor a corto plazo frente al grupo placebo. Ambos grupos recibieron un total de 20 sesiones donde la mejoría fue más significativa en la funcionalidad que en la analgesia.

En otro estudio se valoró la eficacia del ultrasonido frente a la iontoforesis. Tras 20 sesiones de tratamiento se observó mejoría significativa en ambos grupos en el alivio del dolor, lo que provoca, a su vez, una mejora de la movilidad articular y

con ello, de la funcionalidad. La disminución en la intensidad del dolor aparece de forma temprana con la iontoforesis y es de corta duración, frente al ultrasonido pulsátil, cuyos efecto analgésico aparece de forma más tardía y perdura más en el tiempo.

Otro estuvo basado en estudiar la eficacia del kinesiotape, el cual, corroboró que tras un tratamiento de dos semanas haciendo el vendaje de kinesiotape cada 4 días, se obtuvieron mejoras significativas en la reducción del dolor a corto plazo. Otro estudio analizó la efectividad del láser de baja intensidad durante dos semanas, obteniéndose una mejoría significativa en la disminución del dolor.

Otro estudio comparó los ejercicios específicos de los estabilizadores de la escápula frente a ejercicios inespecíficos. El grupo I realizó ejercicios de fortalecimiento del manguito rotador y estabilizadores de la escápula, y el segundo, ejercicios de movimientos inespecíficos de hombro. Ambos grupos realizaron los ejercicios una vez al día durante 3 semanas, con 5 sesiones supervisadas de los ejercicios. Concluyó que el grupo I obtuvo una mejora estadísticamente significativa en el alivio del dolor y con mayor puntuación en la escala Constant.

Por último, el estudio que comparó la terapia manual con ejercicios específicos para el síndrome subacromial basado en movilización activa, estiramientos autopasivos y fortalecimiento del manguito rotador, romboides, elevador de escápula y serrato anterior con banda elástica. Lo comparó con otro grupo donde el tratamiento estuvo basado solo en la realización de ejercicios específicos para dicha patología. Después de tres semanas de tratamiento, en el primer grupo hubo más disminución del dolor, mejora de la funcionalidad e incremento de la fuerza.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión fue realizada para evaluar la eficacia de las diferentes modalidades fisioterápicas en el tratamiento del síndrome subacromial. Tras el análisis de los resultados, podemos decir que la mayoría de los resultados aportan poca información y de baja evidencia científica que nos orienten hacia la modalidad óptima en la patología del síndrome subacromial, debido a las limitaciones que presentan la mayoría de los estudios.

En definitiva, podemos concluir que los ejercicios terapéuticos son la modalidad fisioterápica que mejores resultados aporta en la disminución del dolor, mejora de la funcionalidad y en el fortalecimiento muscular.

Para el tratamiento de la patología subacromial existen y se aplican múltiples modalidades fisioterápicas como: kinesiotape, láser de baja intensidad, ul-

trasonido pulsátil, ejercicios terapéuticos, fibrolisis diacutánea, terapia manual iontoforesis y acupuntura, entre otras. Todas potenciarán sus efectos si se combinan con la práctica de ejercicio terapéutico y ninguna de las modalidades de tratamiento estudiado ha generado efectos adversos en la población estudiada. Se precisan un mayor número de ensayos clínicos de mayor calidad metodológica para unificar criterios en las técnicas empleadas en el tratamiento de la patología subacromial.

6 Bibliografía

1. Barra López ME, López de Celis C, Fernández Jentsch G, Raya de Cárdenas L, Lucha López MO, Tricás Moreno JM. Effectiveness of Diacutaneous Fibrolysis for the treatment of subacromial impingement syndrome: A randomised controlled trial. *Man Ther.* 2013 Oct;18(5):418-24.
2. Sinaj E, Ndreu V, Kamberi F, Cina T, Sinaj E. Results of combined physiotherapy in patients with clinical sings of shoulder impingement syndrome: a randomized controlled trial. *JMHM* 2014;2(1):178-88.
3. Dilek B, Gulbahar S, Gundogdu M, Ergin B, Manisali M, Ozkan M, et al. Efficacy of Proprioceptive Exercises in Patients with Subacromial Impingement Syndrome: A Single-Blinded Randomized Controlled Study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015 Jun 19.
4. Delgado-Gil JA, Prado-Robles E, Rodrigues-de-Souza DP, Cleland JA, Fernándezde-las-Peñas C, Alburquerque-Sendín F. Effects of mobilization with movement on pain and range of motion in patients with unilateral shoulder impingement syndrome: a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2015 May;38(4):245-52.
5. Dogan SK, Saime AY, Evcik D. The effectiveness of low laser therapy in subacromial impingement syndrome: a randomized placebo controlled double-blind prospective study. *Clinics* 2014;65(10):1019-1022.
6. San Segundo R, Molins J, Valdés M, FERNÁNDEZ T. Tratamiento conservador del síndrome subacromial. Ultrasonidos frente a placebo. Un ensayo clínico. *Rehabilitación* 2013 42(2):61-66.
7. Johansson K, Bergstrom A, Schroder K, Foldevi M. Subacromial corticosteroid injection or acupuntura with home exercises when treating patients with subacromial impingement in primary care-a randomized clinical trial. *Fam Pract* 2013 AUG 2013;28(4):355-365.

Capítulo 288

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La palabra diabetes tiene su origen en el griego significando “atravesar o fluir”. En el caso de la palabra mellitus su origen será del latín y significa “dulce como la miel” (1)

Para conocer esta enfermedad debemos conocer su historia.

Según los registros que podemos encontrar, la diabetes ya existía en el siglo XV, pues encontramos referencias hacia esta enfermedad en el papiro de Ebers. Algunos de los datos que encontramos en este son descripción de síntomas de esta enfermedad, así como el tratamiento que llevaban a cabo para combatirla. En el papiro tratan de eliminar el exceso de azúcar y el establecimiento de una buena dieta.(1,2,3)

Mas adelante, será un médico ingles llamado John Rollo el que establezca por primera vez el termino diabetes mellitus (DM) (2)

Actualmente la diabetes la podemos definir como:

La diabetes mellitus representa un grupo de alteraciones del metabolismo caracterizadas por hiperglucemia crónica debido a la secreción defectuosa de in-

sulina o la resistencia de la insulina en los tejidos, incluyendo anomalías en el metabolismo de carbohidratos, grasa, y proteínas. (1,2,3)

Si atendemos a la definición establecida por la OMS diremos por tanto que la diabetes es: una enfermedad crónica no transmisible, que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la que produce. (4)

Observamos con esto que ambas definiciones son parecidas, Y vemos por tanto que la principal característica de esta patología es el funcionamiento de la hormona llamada insulina.

Esta patología tiene gran importancia en la sociedad pues dada su alta incidencia supone un problema de salud pública.

El hecho de que sea un problema de salud pública se debe a que es una enfermedad que supone una alta carga, ya que presenta una gran comorbilidad y discapacidad, pues se trata de una enfermedad crónica que lleva asociada complicaciones a largo plazo. (1)

Además, supone un alto coste al sistema sanitario, pues al igual que otras enfermedades crónicas no trasmisibles, va a requerir de un tratamiento a largo plazo, así como de otros cuidados que se han de realizar con el fin de evitar las complicaciones asociadas. (5)

TIPOS DE DIABETES MELLITUS

Antiguamente esta enfermedad se clasificaba en diabetes insulino dependiente y en no insulino dependientes. No obstante, esta clasificación daba lugar a error o a confusión por lo que posteriormente fue sustituida por DM tipo 1 y 2.

Actualmente, siguiendo a la American Diabetes Association, esta enfermedad se puede clasificar en 4 tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, diabetes gestacional y en otros tipos. (1)

Diabetes Mellitus tipo I: Es la denominada diabetes autoinmune. Se debe a la destrucción del propio organismo de las células beta de los islotes de Langerhans y generalmente se asocian a un déficit absoluto de insulina, y una tendencia hacia la cetoacidosis. Como la destrucción de estas células se da a un alto nivel, el sistema inmunitario actúa. Es por ello que se pueden encontrar determinados anticuerpos. No obstante, este tipo de diabetes puede tener un origen idiopático, y estos anticuerpos mencionados pueden no aparecer. (1,2,3)

Diabetes Mellitus tipo II: Este tipo al contrario que el anterior, no es autoinmune, si no que se debe a una disminución progresiva de la secreción de insulina por un defecto igualmente progresivo de las células beta, encargadas de dicha secreción. De manera general este es el tipo de diabetes más común en la sociedad, y frecuentemente, se da en casos en los que el paciente presenta obesidad o un

aumento de la grasa visceral.(1,2,3)

Diabetes gestacional: Aquí situamos de manera más característica a la intolerancia a la glucosa detectada durante el embarazo. Si la diabetes se diagnostica antes de las 25SG (semanas de gestación) se considera que era una diabetes preexistente no diagnosticada. Normalmente se suele detectar en el segundo o tercer trimestre de la gestación.(1,2,3)

Otros tipos de diabetes: Aquí encontramos diabetes como: diabetes por defecto genéticos de la función de la célula beta, por defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas, infecciones y formas de diabetes infrecuentes inmunomediadas. (1-3)

Ya al principio hemos comentado que esta enfermedad es un problema de salud pública. Pues bien, centrándonos en este tipo de diabetes, podemos decir que la prevalencia de diabetes ha aumentado en el mundo. Según el estudio realizado por la federación internacional de la diabetes en el año 2017, se estima que para el año 2045 el número de personas que presenten esta patología aumentará a 629 millones.(1-3)

Los estudios indican que este tipo de diabetes (DM tipo II) está creciendo en todo el mundo y que 1 de cada 2 pacientes que presentan diabetes, la mitad no tienen diagnóstico, por lo que este porcentaje no cuenta con un correcto control de los niveles de glucemia. (2,3)

Son múltiples los factores que hacen que aumente la prevalencia de la enfermedad. El factor más evidente es el funcionamiento de las células beta de los islotes de Langerhans. Sin embargo, no son los únicos, encontramos otros factores que se encuentran en aumento y que son de riesgo, como lo son la obesidad, el tabaquismo... (2,3)

Una mejora en el control de los factores de riesgo supondría una disminución en el aumento de la prevalencia de esta enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer que es la Diabetes Mellitus.
- Observar los distintos tratamientos que se utilizan en la actualidad para combatir la enfermedad.
- Conocer los beneficios de la actividad física en esta patología.
- Valorar la adherencia al tratamiento no farmacológico.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa. Para ello, se han analizado diversos artículos. Estos artículos han sido obtenidos a través de la búsqueda en diferentes bases de datos y buscadores como: Google académico, Scielo y PubMed. Para ello se han utilizado los siguientes operadores booleanos and y or, y las siguientes palabras claves: Diabetes Mellitus, Fisioterapia, Actividad Física, Adherencia.

4 Resultados

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, no transmisible, que afecta a una gran parte de la población mundial. La Diabetes Mellitus representa un grupo de alteraciones del metabolismo caracterizadas por hiperglucemia crónica debido a la secreción defectuosa de insulina o la resistencia de la insulina en los tejidos, incluyendo anomalías en el metabolismo de carbohidratos, grasa, y proteínas. Entre los distintos tipos de Diabetes, encontramos la tipo II, la más común.

FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Como hemos mencionado previamente, los factores de riesgo son de suma importancia en esta patología. Un buen control de ellos mejora la progresión de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.(4)

Dentro de los factores de riesgo de esta enfermedad encontramos: sedentarismo, malos hábitos de alimentación, obesidad y sobrepeso, alcohol, tabaquismo.

Sedentarismo y hábitos de alimentación

Podemos definir el sedentarismo como un estilo de vida ausente de actividad física o movimiento. Según la OMS, se considera inactivo aquel que realiza menos de 90 minutos de actividad física a la semana.(4)

Este hecho provoca que con el tiempo se dé un aumento del peso corporal, así como de la tensión arterial y el colesterol en sangre. La presencia de estos factores aumenta la aparición de enfermedades cardiovasculares (CV), como son la diabetes, enfermedades cardíacas crónicas...(4)

Otro de los factores mencionados son los hábitos alimenticios. La manera de comer está relacionada con la cultura de la zona. En nuestro caso, nos encontramos que la comida está íntimamente ligada con la parte emocional de la persona, haciendo que se consuma uno u otro tipo de alimento en función del ánimo. Del mismo modo, una persona incrementará su actividad física en función de si

se encuentra alegre o triste, siendo en el caso de un estado emocional de tristeza cuando encontramos una actividad física baja y un aumento del consumo de alimento con alto contenido en azúcares y procesados.(4)

Estos factores son muy importantes a la hora de que se desencadenen enfermedades CV, el tener hábitos alimenticios no saludables, así como un estilo de vida sedentario aumenta las probabilidades de que estas aparezcan. (4)

Sobrepeso y obesidad

Podemos definir ambos conceptos como la acumulación anormal o excesiva de grasa que pone en riesgo el estado general de la salud.

Se considera que es un factor de riesgo debido a que el aumento de peso por encima de los valores normales lleva asociado la aparición de complicaciones. Una de ellas es la aparición de la diabetes. Esto es debido a que aumentan los niveles de glucosa en sangre y el organismo no es capaz de dar respuesta. (4)

Alcohol

Un abuso de esta sustancia supone un incremento de las probabilidades de padecer DM. Esto ocurre ya que el consumo de alcohol produce un aumento de la secreción de la hormona insulina, dando lugar a una disminución de la gluconeogénesis en el hígado (producción de glucosa,) y en última instancia causa resistencia periférica a la insulina, generando oxidación de la glucosa y que esta se almacene.(4)

Tabaco

Este factor es de suma importancia en las enfermedades cardiovasculares. Es reconocido como un problema de salud público, puesto que su consumo lleva asociado múltiples complicaciones, e incluso la muerte. (4)

Su relación con la diabetes se debe a que el consumo de este lleva asociado un aumento en el riesgo de dependencia de la dosis, lo que se traduce en que, a mayor consumo de tabaco, mayor riesgo de complicaciones en la salud asociada a la diabetes.(4)

DIAGNÓSTICO

A la hora de diagnosticar la DM, esta se puede establecer cuando se cumple alguno de los siguientes criterios diagnósticos:

- Utilización del criterio de glucosa plasmática. El valor que utilizemos puede ser el de la glucosa en el plasma en ayunas o el de esta a las 2h de la toma de glucosa, mediante la realización de una prueba. Dicha prueba se denomina tolerancia oral a la glucosa de 75 g. se considerará que el paciente presenta diabetes utilizando este criterio cuando: (1-3)

- 2 o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 126 mg/dl. Entenderemos ayuno como la falta de ingesta de calorías por un periodo de al menos 8 h.
- Valores en el plasma de glucemia iguales o superiores a 200mg/dl tras pasar 2h de la toma en una prueba oral de tolerancia de la glucosa. La realización de la prueba consiste según la OMS, en la toma de una carga de glucosa con un contenido equivalente a 75g de glucosa anhidrida disuelta en agua.
- En un paciente con presencia de síntomas clásicos tanto de hiperglucemia como de hipoglucemia, será criterio diagnóstico valores de glucosa plasmática igual o superiores de 200 mg /dl (1-3)

- Niveles de hemoglobina glicosilada: Esta prueba nos permitirá ver los valores de glucosa en sangre en un periodo de tiempo. Se expresa en porcentaje. Diremos que la persona tiene un diagnóstico de diabetes cuando el valor obtenido sea 6.5% (1-3)

- Glucemia al azar > 200 mg/ dl en presencia de clínica de diabetes.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico correcto, es necesario poner un tratamiento adecuado para el control de la enfermedad. El objetivo principal del tratamiento debe ir orientado al control de los síntomas y a evitar la aparición de complicaciones derivadas de esta patología.(6)

El tratamiento irá enfocado en un primer momento hacia el control de los factores de riesgo, centrándonos en el estilo de vida saludable. Posteriormente este se complementará con el tratamiento farmacológico.

Dado que posteriormente se profundizará más en la actividad física, la cual está incluida en el tratamiento no farmacológico, este lo desarrollaremos en último lugar, a pesar de que como hemos mencionado este tipo de tratamiento será la primera medida a tomar. (1,6)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento terapéutico se hará de manera escalonada, es decir se comenzará con tratamiento oral y cuando este no sea suficiente, se completará o sustituirá con insulinoterapia.

- Antidiabéticos orales (ACO):

Es importante dentro de estos fármacos conocer su efecto hipoglucemiante. Por ello, de manera general, el fármaco de elección es la metformina, ya que no tiene el efecto mencionado. Si esta no fuera posible o suficiente, es necesario un correcto control glucémico para determinar la seguridad del paciente y administrar la dosis correcta. (1,6) Tipos de ACO:

- Metformina
- Insulinosecretoreos convencionales: sulfamidas hipoglucemiantes y glinidas
- Gliptinas
- Acarbosa
- Gliflozinas

- Tratamiento inyectable: análogos del péptido similar al glucagón e insulina
Este tratamiento consiste en la aplicación de la insulina en la dosis adecuada, con el fin de conseguir de manera artificial la reducción de la glucosa plasmática y su correcto almacenamiento. La administración de este tratamiento requiere de una educación sanitaria adecuada. (1,6)

Tratamiento no farmacológico

Este tratamiento es la primera línea, que se debe llevar a cabo en esta enfermedad. Dicho tratamiento consiste en tener un estilo de vida saludable. Para ello, es necesario realizar cambios en el estilo de vida de los pacientes diagnosticados de diabetes. (1,6)

- Manejo y soporte. Toda persona diabética tiene que participar en la autogestión educacional, es decir, debe ser partícipe de su autocuidado, ya que tiene que tener el conocimiento, habilidades y herramientas necesarias para controlar la enfermedad de manera adecuada. Nos encontramos con 4 momentos claves para llevar a cabo dicha educación, estos serán: en el diagnóstico, en una revisión anual, en el momento que parezcan complicaciones y cuando se produce una transición en la atención. (1,6)

- Nutrición: Es uno de los cambios más importantes. No hay una única dieta válida, si no que esta se debe hacer de manera individualizada en función de las características del paciente. (6) Los objetivos a conseguir serán:

- ☑ Promover y apoyar dietas saludables: Lograr y mantener el peso corporal ideal. Alcanzar la glucemia individualizada, presión arterial y objetivos lipídicos. Retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes.

- ☑ Abordar las necesidades nutricionales individuales basadas en preferencias personales y culturales. Mantener el placer de comer sin prejuicios sobre las opciones. Proporcionar a un individuo con diabetes las herramientas prácticas para desarrollar patrones de alimentación saludable en lugar de centrarnos en macronutrientes, micronutrientes o alimentos individuales.

Para conseguir dichos objetivos ser necesario, que la dieta se realice de manera individual como hemos comentado y que se tenga un enfoque simple y efectivo que atienda a la glucemia y el peso. (1,6)

- Actividad física: será la pieza clave en el tratamiento, este punto se desarrollará más a continuación.
- Tabaco: será necesario su abandono completo de manera inmediata.
- Psicosocial: contara tanto de un seguimiento de la enfermedad, como de las actitudes para afrontar/ tratar la enfermedad. Se hará un cribado en personas < 65 años (1)

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Los fundamentos en los cuáles se basa un buen control de la enfermedad diabetes mellitus tipo II son un correcto régimen alimentario y la realización frecuente y continua de actividad física. El régimen alimenticio está orientado a obtener un peso adecuado y a evitar variaciones bruscas de la glucemia. Se ha demostrado que la actividad física ocasiona, por una vía independiente de la insulina, una mayor eficiencia de los receptores de insulina y que activa la movilización de las proteínas transportadoras de glucosa (Glut 4). (7)

Los tipos de actividad física que se ha empleado para el control metabólico de la DM2 han sido de muy diversa naturaleza: aeróbica, anaeróbica, casual o aguda, sostenida, de estiramiento, mixta; si bien los estudios muestran una mejoría significativa en el control metabólico, los resultados fueron de grado variable en protocolos estructurados temporales que no se acercan a la realidad de la vida cotidiana de los pacientes. (7)

Como la diabetes es una enfermedad crónica, la actividad física debe ser constante e igual a la de personas no diabéticas, de acuerdo a su estado de salud, capacidad física, actividad física previa, condiciones laborales y otras variables, por lo que se hace necesario prescribirla en forma individual. (8)

Múltiples estudios que demuestran el beneficio del ejercicio regular en el control glucémico a largo plazo han utilizado Actividad física (AF) realizada por 30 a 60 minutos, al 50 a 80 % del VO2 máximo, 3 a 4 veces por semana. Con este tipo de programas se logran reducciones de 10 % a 20 % en la Hemoglobina glicosilada. (10,11)

La mayoría de los programas estructurados exitosos para el control de peso a largo plazo se basan en dieta, ejercicio y modificación de la conducta. El ejercicio solo sin restricción calórica y sin modificación de la conducta tiende a alcanzar solo modestas pérdidas de peso de aproximadamente 2 kg. La pérdida de peso es pequeña en primer término porque las personas obesas tienen dificultad para realizar el suficiente ejercicio para crear un importante déficit de energía; además es relativamente fácil contrabalancear el déficit energético con un incremento en la ingesta calórica y con una disminución de la AF fuera de las sesiones de

ejercicio. (11)

Para que las intervenciones con ejercicio aeróbico y/o de fuerza sean exitosas y obtengan los beneficios en el control glicémico, sensibilidad a la insulina, composición corporal, perfil lipídico, presión arterial, etc. deben cumplir las recomendaciones mencionadas, tal como lo evidencia una revisión sistemática reciente que encontró que el entrenamiento de más duración y frecuencia genera mayores adaptaciones y efectos positivos en el diabético; los estudios que no tuvieron efecto significativo estaban limitados generalmente por una intervención inadecuada. (11)

La actividad física es fundamental en los cambios en el estilo de vida del paciente con diabetes mellitus, ya que se ha reportado que favorece control glucémico y mejora la sensibilidad a la insulina, lo cual se refleja en disminución en los valores de hemoglobina glucosilada A1C, de glucosa plasmática y de tolerancia a la carga de glucosa oral. (12-14)

De igual manera se ha reportado que el nivel de capacidad física que tiene un individuo diabético se relaciona de forma directa con la presencia de complicaciones cardiovasculares, riesgo de muerte por cualquier causa, y riesgo de muerte por cáncer. En todos los estudios se reporta que, a mayor capacidad física del paciente diabético, menor es el riesgo de presentar complicaciones o muerte. Los mecanismos fisiológicos a través de los cuales el ejercicio produce los beneficios antes mencionados, son los siguientes: (12)

- Incremento en el consumo de glucosa por el músculo durante el ejercicio.
- Incremento en la expresión y actividad del transportador de glucosa de membrana Glut-4 en el músculo, por mecanismos independientes a la insulina.
- Incremento en la actividad de las enzimas relacionadas con el metabolismo de la glucosa como la Glucosa-6-Fosfato.
- Incremento en el consumo de glucosa por el músculo posterior al ejercicio.(12)

Es importante remarcar el hecho de que la actividad física realizada de forma sistemática es tan efectiva como cualquier otra intervención farmacológica o nutricional en la prevención de diabetes mellitus Tipo II. (12)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La actividad física debe estar condicionada al estado de salud del paciente, sus preferencias y facilidades. Una de las formas más prácticas, a la que se suelen amoldar la mayoría de los pacientes es la caminata diaria de 3 kilómetros, que puede formar parte de las actividades cotidianas, se la puede efectuar por trechos, no requiere el uso de ropa deportiva, es aeróbica, se puede realizar en cualquier hora del día y puede ser realizada por personas de todas las edades. (7)

Se ha demostrado que el cambio a un estilo de vida saludable (régimen alimenticio y actividad física) tiene un efecto preventivo para desarrollar la diabetes en pacientes con prediabetes, disminuye la presión arterial, incrementa la circulación sanguínea, incrementa la secreción de endorfinas y la sensación de bienestar físico y mental, fortalece el sistema músculo-esquelético y favorece la pérdida de peso. (7)

Para ello, es importante que el paciente, poco a poco, vaya adquiriendo hábitos fáciles de cumplir y realizar durante un tiempo prolongado, ya que el éxito del tratamiento no farmacológico muchas veces se ve mermado por la falta de adherencia a este.

5 Discusión-Conclusión

Tras la comparación de diversas revisiones bibliográficas podemos afirmar que la realización de actividad física de manera regular, combinado con una dieta variada y equilibrada es la mejor manera de combatir la enfermedad. A pesar de esto, encontramos distintas barreras que dificultan la adherencia al tratamiento combinado de dieta más actividad física.

Comparando distintas revisiones bibliográficas, encontramos que muchos estudios en los que comparan la mejora de la calidad de vida realizando Entrenamiento de fuerza, y en contraposición, la combinación de Entrenamiento de Fuerza y Entrenamiento Aeróbico, parece dar resultados más concluyentes y beneficiosos la combinación de ambos tipos de Entrenamiento. (9)

Aunque los resultados en cuanto a calidad de vida no son concluyentes, la combinación de Entrenamiento de Fuerza y Entrenamiento Aeróbico mejora en el dominio de salud mental, el funcionamiento físico y la vitalidad. (9)

El entrenamiento de fuerza tipo full-body sin maquinaria, realizado tres veces por semana, podría ser una herramienta eficaz para la población diabética, gracias a su mejora en la glucemia basal, así como en la disminución del tejido adiposo y la TA, si bien es necesaria una mayor investigación a la hora de establecer las poblaciones diana sobre las cuales tiene un mayor impacto, así como aquellas no respondedoras. (10)

La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. (14)

En cuanto a la edad, algunos estudios afirman que la no adherencia es mayor a medida que se aumenta la edad, resultado de los posibles cambios producidos por el envejecimiento, como el deterioro cognoscitivo, sensorial, pérdida de la visión entre otros, que puede ser un obstáculo para que el paciente procese adecuadamente la información recibida y como consecuencia no siga las instrucciones de manera adecuada, pero también ha de considerarse que el tratamiento no farmacológico implica cambios en los hábitos que el paciente ha traído consigo por años como la dieta no saludable, el sedentarismo, la obesidad, el sobrepeso, lo que puede generar resistencia y finalmente reflejarse en el incumplimiento de las recomendaciones; en el presente estudio se observó que a mayor edad menor comportamiento adherente, considerando que en esta población el grupo no adherente no es tan avanzado podría explicarse la no adherencia a la dificultad que implica los cambios con los estilos de vida y no al envejecimiento como tal. (8)

Otro factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento es el tiempo de evolución. La diabetes es un padecimiento crónico que cursa con complicaciones y cada complicación suma tratamiento lo que finalmente puede llevar al paciente a la confusión y deserción, algunos estudios han encontrado que a mayor tiempo de evolución menor comportamiento adherente por parte de los pacientes. (8)

De acuerdo a los factores relacionados con el paciente, influyen de manera determinante en el comportamiento de adherencia (conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación, la autoeficacia, el involucramiento en comportamientos terapéuticos, y las expectativas en relación a su enfermedad), siendo este el primer factor que influye en el comportamiento de adherencia, lo cual permite visualizar la gran necesidad de implementar estrategias educativas y/o de aprendizaje visual, auditivo y kinestésico. (14)

6 Bibliografía

1. De M, Gómez B, Luis J, García Z. Riesgo cardiovascular [Internet]. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/3422/4/ManualDeRiesgoCardiovascular_2021.pdf.
2. Rojas de P E, Molina R, Rodriguez C. Definicion, clasificación y diagnostico de la diabetes mellitus. Rev Soc venez endocrinol metab [internet]. 2012 [citado el 14 de junio de 2022]: 10:-12. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1690-31102012000400003.
3. Frechtel, G. Diagnostico y clasificación de la diabetes mellitus (DM). Guía de grado [citado el 14 de junio de 2022].

4. Completo N, Cinusa G, Morales EV, Guadalupe Z, Ramos C, Rico JA, et al. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5645/564561530005/564561530005.pdf>.
5. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(1):26–36. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpmesp/2019.v36n1/26-36/es>.
6. Rigalleau V, Cherifi B, Blanco L, Alexandre L, Mohammedi K. Tratamiento de la diabetes tipo 2. *EMC - Tratado Med* [Internet]. 2018;22(2):1–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541018893060>.
7. Garmendia F, Pando R, Torres W, Valqui W. Efecto del ejercicio preprandrial sobre el metabolismo intermediario basal y postprandrial en pacientes con diabetes tipo 2 de nivel del mar. *An Fac Med (lima, Peru: 1990)* [Internet]. 2019; 80(2):173-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a06v80n2.pdf>.
8. Amador Rodero EM, Montealegre Esmera LP, Arteta Charris M, De Oro C, Navarro Rubi G. Nivel de adherencia a los tratamientos no farmacológicos de pacientes con diabetes mellitus. *Arch Venez farmacol ter* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969799003/55969799003.pdf>.
9. Villanova Colmenero M. Efectividad del entrenamiento de fuerza en la mejora de la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión bibliográfica. *Universitat de les Illes Balears*; 2022.
10. Pellitero García A. Entrenamiento de fuerza en pacientes diabéticos tipo II. *Universidad de Valladolid*; 2019.
11. Arabia M, Suárez R, Tróchez M, Cirujano MY. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 *Exercise in the treatment of type 2 diabetes mellitus* [Internet]. Org.ar. [cited 2022 Sep 27]. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v49n4/v49n4a06.pdf>.
12. Arias-Vázquez PI. Actividad física en Diabetes Mellitus tipo II, un elemento terapéutico eficaz: revisión del impacto clínico. *Duazary* [Internet]. 2015 [citado el 26 de septiembre de 2022];12(2):147. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1472>.
13. Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C, White RD. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* [Internet]. 2006 [citado el 26 de septiembre de 2022];29(6):1433–8. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/29/6/1433/24925/Physical-Activity-Exercise-and-Type-2-DiabetesA>.

14. Cristina M, García R, Tello AA, León AR. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n3/2007-7459-hs-18-03-383.pdf>.

Capítulo 289

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

SONIA GARCÍA GARCÍA

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

1 Introducción

La bronquiolitis aguda es el problema respiratorio más común durante el primer año de vida. Es causada principalmente por el virus respiratorio sincitial, ocasionando el 80% de los casos. Esta infección vírica se caracteriza por la aparición de una inflamación pulmonar aguda, edema pulmonar, aumento de las secreciones mucosas y broncoespasmo, ocasionando estados febriles, disnea, tos y sibilancias, entre otros síntomas respiratorios. Se estima que durante el primer año de vida, solo el 2-3 % de los afectados requerirá hospitalización.

En el tratamiento habitual de la bronquiolitis se incluyen la hidratación de las vías aéreas, oxigenación, así como medicamentos como los broncodilatadores y corticosteroides. Estos tratamientos contribuyen a la mejora de los síntomas producidos por la infección, pero presentan efectos adversos.

Sin embargo, el tratamiento de fisioterapia en la bronquiolitis se centra en la modificación de los flujos de aire que conlleva una mejora en la eliminación de secreciones, así como la mejoría en el patrón respiratorio que se encuentra alterado. Estas técnicas no presentan efectos adversos en líneas generales porque no se introduce ningún agente químico en el cuerpo del paciente a tratar. Por este motivo, con esta revisión se pretende estudiar la aplicación de dichas técnicas para el tratamiento de los síntomas causados por esta patología.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es determinar el grado de evidencia existente en la aplicación de fisioterapia respiratoria en el tratamiento de los niños con diagnóstico de bronquiolitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 partir de la búsqueda descrita anteriormente se obtuvieron 51 resultados a través de la base de datos de Pubmed. Se revisó si los artículos seleccionados cumplían los criterios de inclusión y exclusión, tras lo que se seleccionaron 6 resultados. Tras la lectura del título y resumen, no se eliminó ningún artículo. Finalmente, y tras una lectura en profundidad de los artículos seleccionados, solamente 3 artículos fueron incluidos en la presente revisión.

El artículo seleccionado “Immediate effects and safety of high-frequency chest wall compression compared to airway clearance techniques in non-hospitalized infants with acute viral bronchiolitis” compara los efectos inmediatos de la compresión torácica de alta frecuencia con las técnicas de higiene bronquial en niños de entre 2 a 12 meses de edad no hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis moderada. Tras el análisis de este artículo, se observa que se mejora de forma inmediata (después de 20 minutos de tratamiento) el grado de la severidad de la

bronquiolitis, así como la saturación de O₂ después de la aplicación de ambos tratamientos, aunque no se observan diferencias significativas entre ellos.

En otro de los artículos analizados, cuyo título es “Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period”, se analizó la eficacia de dos tratamientos de fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis durante la hospitalización de niños con edades comprendidas entre 3 meses y 1 año. Los tratamientos aplicados en el grupo 1 consistía en la aplicación de técnicas de drenaje postural, técnicas de aceleración del flujo espiratorio y aspiración traqueal. El tratamiento del grupo 2 consistió en la aplicación de las mismas técnicas utilizadas en el grupo 1 pero con la sustitución de las técnicas de aceleración del flujo espiratorio por la técnica de percusión torácica. Se midieron la severidad clínica a través del Respiratory Distress Assesment instrument (RDAI) así como la saturación de oxígeno tras la aplicación de ambos tratamientos. En ambos casos mejoró la puntuación en la RDAI y la saturación de oxígeno, pero sin diferencias significativas entre ambos grupo.

Por último, se analizó el artículo seleccionado “Chest physiotherapy in acute bronchiolitis” en el que se valoró la eficacia del tratamiento con fisioterapia respiratoria en niños con edades comprendidas entre 4 a 6 meses de edad con diagnóstico de bronquiolitis aguda. No se observaron diferencias significativas entre la aplicación del tratamiento de fisioterapia y el tratamiento farmacológico convencional, aunque en ambos casos mejoraron los síntomas propios de la bronquiolitis, así como la gravedad de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda bibliográfica, el análisis y la comparación de los diferentes estudios seleccionados, se puede concluir que la fisioterapia respiratoria tiene una evidencia moderada en la mejora de la bronquiolitis en niños menores de 1 año. Se muestra también una mejora inmediata tanto en la gravedad de la enfermedad como en la saturación de oxígeno tras el tratamiento con fisioterapia respiratoria en todos los casos.

Por otro lado, no se obtuvieron efectos adversos durante la aplicación de las técnicas de fisioterapia respiratoria, por lo que su aplicación resulta segura en el tratamiento de la bronquiolitis aguda.

Sin embargo, no se muestran diferencias significativas entre el tratamiento de fisioterapia respiratoria y otros tratamientos aplicados como el tratamiento farmacológico. Se necesitan estudios en los que solo se aplicase un tratamiento u

otro para analizar y comparar su eficacia.

Esta revisión presenta algunas limitaciones, ya que solo se ha utilizado una base de datos y se han seleccionado solamente ensayos clínicos aleatorizados, por lo que se ha limitado mucho la búsqueda de evidencia. También ha sido difícil comparar los artículos porque cada uno utiliza protocolos de intervención diferentes en cuanto a duración, frecuencia y tiempo de las sesiones.

En conclusión, la fisioterapia respiratoria resulta eficaz en el tratamiento de la bronquiolitis, aunque no muestra diferencias significativas con respecto a otros tratamientos convencionales. Las técnicas más eficaces en el tratamiento de la bronquiolitis son las de higiene bronquial, así como las técnicas de aceleración del flujo espiratorio combinado con posturas de drenaje postural.

6 Bibliografía

1. González-Bellido V, Velaz-Baza V, Blanco-Moncada E, Jimeno Esteno MC, Cuenca-Zaldívar JN, Colombo-Marro A, Fagundes Donadio MV, Torres-Castro R. Immediate Effects and Safety of High-Frequency Chest Wall Compression Compared to Airway Clearance Techniques in Non-Hospitalized Infants With Acute Viral Bronchiolitis [Internet]. *Respir Care*. 2021 Mar; 66 (3): 425-433. Disponible en: <https://rc.rcjournal.com/content/66/3/425/tab-pdf>
2. Remondini R, Zampronio dos Santos A, de Castro G, do Prado C, Ribeiro Ferreira da Silva LV. Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period [Internet]. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 oct-Dec; 12 (4): 452-458. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879911/>
3. Webb MS, Martin JA, Cartlidge PH, NG YK, Wright NA. Chest physiotherapy in acute bronchiolitis [Internet]. *Arch Dis Child*. 1985 Nov; 60 (11): 1078-1079. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1777652/?page=](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1777652/?page=1)

1

Capítulo 290

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CON EJERCICIOS HIPOPRESIVOS EN EL PROLAPSO VESICAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

LAURA ROMO DE LA LLAVE

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

SONIA GARCÍA GARCÍA

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

CRISTINA HERRERO MARTÍN

1 Introducción

El prolapso vesical se define como un descenso de la pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, el útero y/ o de la vejiga de su posición anatómica normal. Las causas de este descenso vesical puede deberse a una deficiencia en el soporte de las estructuras ligamentarias y fasciales que forman la pelvis, así como la debilidad de la musculatura adyacente.

Entre los tratamientos aplicados en los prolapsos vesicales, se encuentran los ejercicios hipopresivos. El objetivo de estos ejercicios es la activación de la pared abdominal y la musculatura del suelo pélvico, normalizando la tensión de las estructuras antagonistas. Esta disminución de la presión abdominal se debe a la

actividad refleja de la musculatura abdominal y del suelo pélvico. A largo plazo, estos ejercicios fortalecen la musculatura implicada, por lo que pueden mejorar los síntomas y consecuencias causadas por los prolapsos vesicales tales como incontinencia urinaria, sensación de pesadez, sensación de tener un bulto colgando de la pelvis, etc.

Estos ejercicios también son utilizados en el tratamiento de la incontinencia urinaria, en el postparto o en el tratamiento del dolor lumbar.

Con esta revisión, se pretende valorar el grado de evidencia existente en la aplicación de los ejercicios hipopresivos como tratamiento en los prolapsos vesicales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es valorar el grado de evidencia existente en la aplicación de los ejercicios hipopresivos como tratamiento en los prolapsos vesicales

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la búsqueda en las bases de datos ya citadas, se obtuvieron un total de 8 artículos. Se eliminaron 3 de ellos por duplicidad de los artículos. Tras la lectura del título y el resumen, se seleccionaron 4 artículos. Finalmente, y tras una lectura en profundidad y revisar los artículos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, se obtuvieron 3 artículos para su revisión.

En el artículo titulado “Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: an assessor-blinded randomized controlled trial” se evalúa la eficacia en el tratamiento del prolapso en estadio 2 a través de un programa de tratamiento durante 3 meses de ejercicios hipopresivos o de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. En ambos grupos, se realizan 3 sesiones en presencia de un fisioterapeuta para que los participantes

aprendan los ejercicios que deben realizar durante el tiempo restante de la intervención. Antes y después del tratamiento se mide la calidad de vida de los participantes a través de la escala P-QoL propia en la valoración de los prolapsos; los síntomas del prolapso vesical, la gravedad del prolapso a través del cuestionario POP-Q así como la actividad muscular del suelo pélvico a través de la escala modificada de Oxford y electromiografía de superficie.

Por otro lado, en el artículo de Texeira Bernardes et al, los participantes se dividen en 2 grupos de tratamiento: uno realiza ejercicios hipopresivos juntos con contracciones voluntarias del suelo pélvico y el otro realiza un entrenamiento específico de la musculatura del suelo pélvico. Ambos se comparan con un grupo control al que le enseñan la contracción voluntaria del suelo pélvico, pero sin ningún protocolo ni indicaciones específicas. Como en el estudio anterior, realizan unos tratamientos con duración de 3 meses con 3 sesiones iniciales presenciales y el resto en su domicilio. Las medidas que se toman antes y después de cada tratamiento son la sección transversal del músculo elevador del ano y la actividad muscular mediante electromiografía. La sección transversal del elevador del ano se toma como referencia en el aumento del trofismo de la musculatura del suelo pélvico.

En el último artículo incluido en la presente revisión de Resende et al, los participantes se dividen en 3 grupos: uno realiza un tratamiento con entrenamiento específico del suelo pélvico, otro añade al entrenamiento específico ejercicios hipopresivos y el último grupo control realiza contracciones de la musculatura de suelo pélvico sin ningún protocolo ni indicaciones específicas de ejecución. En este estudio se mide la eficacia de estos tratamientos del prolapso vesical en estadio 2 mediante la escala modificada de Oxford, que valora el grado de resistencia de la musculatura del suelo pélvico, así como se mide la función muscular y la activación de la misma mediante la electromiografía.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizado el análisis de los estudios seleccionados en esta revisión sistemática, se observa que los ejercicios hipopresivos son eficaces en el tratamiento de los prolapsos vesicales en estadio 2. Sin embargo, se han visto mejores resultados cuando estos se combinan con un entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. Esto se debe a que el aumento de la activación del suelo pélvico produce un mejor control de las presiones intrabdominales y reduce la presión ejercida sobre los músculos de la zona pélvica.

También se ha visto que combinando estas dos técnicas de tratamiento aumenta

la sección transversal del músculo elevador del ano que indica una hipertrofia y mejora funcional de la musculatura del suelo pélvico.

En cuanto a los parámetros a tener en cuenta en la realización de estos ejercicios, se estableció una duración total de tratamiento de 3 meses. Los parámetros de los ejercicios hipopresivos establecieron una aplicación de 2 series de 8 a 10 repeticiones cada una, con una duración de la contracción de 5 a 8 segundos. Por otro lado, los parámetros establecidos en el entrenamiento específico de la musculatura del suelo pélvico fueron: 3 series de 8 a 12 contracciones máximas con un mantenimiento de la contracción de 6 a 8 segundos de duración con descansos de 12 segundos y seguido de 3 contracciones rápidas. Este protocolo se puede ir ajustando según se va evolucionando en el tratamiento.

Sin embargo, esta revisión también presenta algunas limitaciones, ya que se han analizado pocos artículos, por lo que los resultados obtenidos no son generalizables. Se necesita una mayor investigación en este ámbito para obtener resultados más firmes.

6 Bibliografía

1. M. Resende AP, Bernardes BT, Stüpp L, Oliveira E, A. Castro R, B. C. Girão MJ, G. F. Sartori M. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: an assessor-blinded randomized controlled trial [Internet]. *Neurourol Urodyn*. 2019 Jan; 38 (1): 171-179. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328248805_Pelvic_floor_muscle_training_is_better_than_hypopressive_exercises_in_pelvic_organ_prolapse_treatment_An_assessor-blinded_randomized_controlled_trial
2. Bernardes BT, M. Resende AP, Stüpp L, Oliveira E, A. Castro R, K. J. di Bella ZI, B. C. Girão MJ, . F. Sartori MG. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapsed in women: randomized controlled trial [Internet]. *Sao Paulo Med J*. 2012; 130 (1): 5-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328248805_Pelvic_floor_muscle_training_is_better_than_hypopressive_exercises_in_pelvic_organ_prolapse_treatment_An_assessor-blinded_randomized_controlled_trial
3. M. Resende AP, Stüpp L, Bernardes BT, Oliveira E, A. Castro R, B. C. Girão MJ, F. Sartori MG. Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? [Internet]. *Neurourol Urodyn*. 2012 Jan; 31 (1): 121-125. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22038880/>

Capítulo 291

FISIOTERAPIA EN EL LINFEDEMA TRAS CÁNCER DE MAMA CON VENDAJE NEUROMUSCULAR

LAURA ROMO DE LA LLAVE

MARÍA FRANCISCA MANSILLA REBOTO

SONIA GARCÍA GARCÍA

CRISTINA HERRERO MARTÍN

PALOMA FERNÁNDEZ-VEGUE VEGA

1 Introducción

Una de las secuelas más comunes tras el tratamiento del cáncer de mama es el linfedema. El linfedema se define como la acumulación de un fluido rico en proteínas en los tejidos blandos como resultado de una interrupción del flujo linfático. Los síntomas y signos más comunes del linfedema en el miembro superior son opresión, dolor, limitación de la movilidad, pesadez y cambios en la piel. En el tratamiento del linfedema, el tratamiento más utilizado es la fisioterapia descongestiva compleja. Este tratamiento es una combinación de drenaje linfático manual, vendaje compresivo, ejercicio y cuidado de la piel. Sin embargo, algunos pacientes no toleran el vendaje compresivo y les resulta incómodo en ciertas épocas de año como verano o no consiguen conciliar el sueño durante la noche con el vendaje puesto.

El vendaje neuromuscular o kinesiotape es una alternativa para el tratamiento del linfedema. Puede ser un método de apoyo aparte del resto de técnicas antes mencionadas. El efecto del vendaje sobre la piel hace que se facilite el drenaje del edema linfático, ya que libera la presión de la piel sobre el líquido linfático. Otras ventajas que ofrece la aplicación del vendaje neuromuscular son su fácil aplicación, mejor adaptación que otros vendajes compresivos, así como una mejor tolerancia ante temperaturas cálidas.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de evidencia que hay en la aplicación del vendaje neuromuscular en el linfedema causado tras ser intervenido cáncer de mama.
- Determinar el protocolo de aplicación del vendaje neuromuscular en el linfedema tras un cáncer de mama.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, PEDro y Cochrane con los siguientes términos de búsqueda: kinesiotape, kinesiotaping, lymphedema, breast cancer y women.

Se establecieron criterios de inclusión y de exclusión que fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 1. Ensayos clínicos aleatorizados.
 2. Publicados en inglés o español.
 3. Intervención con vendaje neuromuscular.
 4. Pacientes intervenidos de procesos tumorales de mama.
- Criterios de exclusión:
 1. No cumplir los criterios de inclusión.
 2. No disponibilidad de artículos al completo

4 Resultados

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las bases de datos ya citadas con los términos también nombrados anteriormente, se obtuvieron un total de 7 artículos. Tras la lectura del título y el resumen de cada uno de los artículos seleccionados, solo restaban 6 artículos. Todos ellos cumplían los criterios de inclusión establecidos.

En todos los artículos analizados, los participantes en el estudio son tratados tras ser intervenidos de un proceso tumoral de forma unilateral de la mama que tiene como consecuencia la aparición de un linfedema.

En el artículo titulado “Comparative Study Between the Effects of Kinesio Taping and Pressure Garment on Secondary Upper Extremity Lymphedema and Quality of Life Following Mastectomy: A Randomized Controlled Trial” se compara el uso del vendaje neuromuscular en el linfedema con la aplicación de una manga compresiva durante 3 semanas. En este estudio se valora el perímetro del brazo, el dolor y demás síntomas propios del linfedema, así como la fuerza de agarre y la calidad de vida. En todas estas medidas, se obtienen mejorías significativas en el caso del grupo de intervención que utiliza vendaje neuromuscular.

En otro de los artículos cuyo título es “Kinesio taping versus compression garments for treating breast cancer-related lymphedema: a randomized, cross-over, controlled trial”, también se observa una mejora significativa en el volumen del brazo con el vendaje neuromuscular comparado con una manga compresiva.

Sin embargo, en el artículo “Effectiveness of four types of bandages and kinesio-tape for treating breast-cancer-related lymphoedema: a randomized, single-blind, clinical trial” se comparan varios tipos de vendajes compresivos como son el vendaje multicapa, el vendaje multicapa simplificado, el vendaje cohesivo, el vendaje adhesivo y el vendaje neuromuscular. Estos vendajes combinados con la terapia descongestiva (drenaje linfático, presoterapia y cuidado de la piel) demostraron reducir el volumen del edema así como los síntomas causados por el linfedema. El vendaje más eficaz fue el vendaje multicapa simplificado aunque resultó ser el más incomodo para los pacientes. El vendaje neuromuscular fue el menos eficaz pero resultó ser el más cómodo de todos los vendajes aplicados.

Otro de los artículos titulado “Efficacy of Kinesio taping in early stage breast cancer associated lymphedema: a randomized single blinded study”, compara la aplicación de una manga compresiva y la colocación de kinesiotape durante un mes. Se toman medidas del perímetro del brazo, movilidad del hombro y los síntomas propios del linfedema, antes del tratamiento, inmediatamente después y tres meses después. Se observa mejoría en ambas intervenciones pero los resultados obtenidos se mantienen durante más tiempo en el grupo de intervención de las mangas compresivas.

Por otro lado, el artículo “What is the effect of treating secondary lymphedema after breast cancer with complete decongestive physiotherapy when the bandage is replaced with Kinesio Textape? – A pilot study” compara el tratamiento descon-

gestivo propio del linfedema que consiste en la aplicación de drenaje linfático manual, ejercicios para aumentar la movilidad del hombro y vendaje compresivo. A este conjunto de técnicas le añaden la aplicación de una manga compresiva, en uno de los grupos de intervención, y en el otro se coloca un vendaje neuromuscular. Se aplican ambos tratamientos durante 4 semanas y se miden los resultados en cuanto al perímetro del brazo, calidad de vida, el coste que requiere cada intervención y el impacto que tiene en el mundo laboral. En todos los casos, se mostraron una mejoría más significativa en el grupo al que se le aplicó el vendaje neuromuscular en el linfedema.

Por último, en el artículo “Effectiveness of Kinesio Taping on anastomotic regions in patients with breast cancer-related lymphedema: a randomized controlled pilot study” se comparó el tratamiento descongestivo aplicado en el linfedema con el mismo tratamiento pero aplicando vendaje neuromuscular en las anastomosis durante 4 semanas. Los resultados obtenidos en cuanto al perímetro del brazo y el volumen del mismo no mostraron diferencias significativas entre ambas intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, seleccionados los artículos y tras su análisis, se puede determinar que no existe consenso en la eficacia del uso del vendaje neuromuscular en el linfedema causado de la intervención en el cáncer de mama. No obstante, en la mayoría de los artículos seleccionados en esta revisión se mostraron mejorías en cuanto a la disminución del edema.

Por otro lado, se ha visto que resulta ser un método de vendaje cómodo para el paciente, ya que, al contrario de otros tipos de vendaje, permite mayor libertad de movimiento y es menos voluminoso que el resto de vendajes aplicados en el linfedema.

Las mangas compresivas mantienen los resultados obtenidos en cuanto a la disminución del edema y mejora de los síntomas propios del linfedema durante más tiempo que otros vendajes utilizados en el tratamiento del linfedema. Además, estas mangas se realizan de forma individualizada, por lo que se aplica la presión necesaria para cada individuo.

En cuanto al protocolo de aplicación del vendaje neuromuscular, en todos los artículos se colocaba durante 3-4 días durante 4 semanas consecutivas. Las zonas de aplicación estaban en el brazo, antebrazo y muñeca mediante el “método del pulpo” en el que la base se coloca en los ganglios y las “patas” se colocan sin

tensión, pero con la piel de la zona en la que se aplica el vendaje en posición de estiramiento. No se obtuvieron mejores resultados en la aplicación del vendaje en las zonas de anastomosis.

Las limitaciones de esta revisión se resumen en la baja muestra de los artículos que no permite generalizar los resultados. También la heterogeneidad de los tratamientos aplicados, así como los diferentes parámetros, dificulta la consecución de conclusiones firmes.

6 Bibliografía

1. Tantawy SA, Abdelbassel WK, Nambi G, Kamel DM. Comparative Study Between the Effects of Kinesio Taping and Pressure Garment on Secondary Upper Extremity Lymphedema and Quality of Life Following Mastectomy: A Randomized Controlled Trial [Internet]. *Integr Cancer Ther*. 2019 Jan-Dec; 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6509974/>
2. Pajero Otero V, García Delgado E, Martín Cortijo C, Romay Barrero HM, De Carlos Iriarte E, Avendaño-Coy J. Kinesio taping versus compression garments for treating breast cancer-related lymphedema: a randomized, cross-over, controlled trial [Internet]. *Clin Rehabil*. 2019 Dec; 33 (12): 1887-1897. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335702266_Kinesio_taping_versus_compression_garments_for_treating_breast_cancer-related_lymphedema_a_randomized_cross-over_controlled_trial
3. Torres-Lacomba M, Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Claude Ferrandez J, Yves Bouchet J, Romay-Barrero H. Effectiveness of four types of bandages and kinesio-tape for treating breast-cancer-related lymphoedema: a randomized, single-blind, clinical trial. *Clin Rehabil*. 2020 Sep; 34 (9): 1230-1241.
4. Ozsoy-Unubol T, Sanal-Toprak C, Bahar-Ozdemir Y, Akyuz G. Efficacy of Kinesio taping in early stage breast cancer associated lymphedema: a randomized single blinded study. *Lymphology*. 2019;52 (4): 166-176.
5. Melgaard D. What is the effect of treating secondary lymphedema after breast cancer with complete decongestive physiotherapy when the bandage is replaced with Kinesio Textape? – A pilot study. *Physiother Theory Pract*. 2016 Aug; 32 (6): 446-451.
6. Ergin G, Sahinoglu E, Karadibak D, Yavuzsen T. Effectiveness of Kinesio Taping on anastomotic regions in patients with breast cancer-related lymphedema: a randomized controlled pilot study. *Lymphat Res Biol*. 2019 Dec; 17 (6): 655-660.

Capítulo 292

EFECTOS DEL CASCO ORTOPÉDICO PARA BEBÉS CON BRAQUICEFALIA Y PLAGIOCEFALIA

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

1 Introducción

En las últimas tres décadas, ha aumentado la incidencia de deformaciones craneales posicionales en los bebés, como la plagiocefalia y la braquicefalia posicional.

La plagiocefalia consiste en una deformidad del hueso occipital y parietal, ocasionando una deformidad en uno de los dos lados del cráneo, y dependiendo del grado de severidad, también puede aparecer asimetría facial. Por otro lado, la braquicefalia consiste en la presencia de un aplastamiento en la parte posterior del cráneo, generalmente siendo el occipital el principal hueso deformado. Para determinar el grado de la plagiocefalia, se emplea un craneómetro, midiendo las dos diagonales del cráneo. Si la diferencia entre diagonales es de 0 a 10 milímetros, se considera plagiocefalia de carácter leve, si la diferencia es de 10 a 20 milímetros, moderada, y si la diferencia es de más de 20 milímetros, se considerará plagiocefalia de carácter grave.

Centrándonos en la braquicefalia, podemos determinar el grado de deformidad mediante el índice cefalométrico. Este índice se obtiene dividiendo la distancia biparietal entre la distancia longitudinal del cráneo, y el resultado de dicha división se multiplica por cien.

Para determinar si el índice cefalométrico entra dentro de un porcentaje adecuado, habrá que tener en cuenta el país o región de procedencia de la familia del bebé, ya que dicho índice puede variar significativamente en función de la etnia. En niños de Estados Unidos y Europa, un índice cefalométrico normal es del 72% al 81%, mientras que el índice cefalométrico de los niños asiáticos, oscila entre el 80% y el 93%.

Las deformaciones del cráneo afectan aproximadamente al 45% de recién nacidos, siendo las más comunes: plagiocefalia, braquicefalia y escafocefalia. Los primeros síntomas se pueden observar entre 4 y 8 semanas después del nacimiento.

En la mayoría de las ocasiones, las opciones de tratamiento no son quirúrgicas, y varían desde los cambios posturales hasta la terapia con casco ortopédico, cuyo efecto a menudo se ha debatido. Por ello, en esta revisión se va a comprobar la eficacia del casco ortopédico en bebés con braquicefalia y plagiocefalia.

2 Objetivos

- Comprobar la eficacia del casco ortopédico en la reducción de la braquicefalia y plagiocefalia en bebés.
- Determinar los factores de riesgo en la aparición de braquicefalia y plagiocefalia.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de Pubmed, PEDro y ScienceDirect.

Durante la búsqueda de bibliografía se han incluido una serie de criterios de inclusión: que los estudios estuvieran publicados durante estos últimos diez años, y que hubieran sido realizados con bebés con una edad comprendida entre los 0 y 12 meses., que han sufrido algún tipo de deformidad craneal (braquicefalia, plagiocefalia ó escafocefalia)

En todas las bases de datos, la combinación de palabras clave comprendía los términos de: “helmet”, “orthopedic” y “brachycephaly” utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica realizada, se han obtenido los siguientes resultados:

1. El trabajo de cambios posturales por sí solo mejora ligeramente las deformidades craneales, aunque su efectividad no ha sido aclarada. El trabajo de cambios posturales generalmente se implementa en casos de deformidad leve. La cirugía es altamente invasiva y poco común. Varios estudios han indicado que la terapia con casco ortopédico produce una mejora significativa, reduciendo la deformidad craneal. Las deformaciones que no mejoran con la posición, así como las deformidades craneales clasificadas de moderadas a graves, generalmente se tratan con cascos ortopédicos en muchos centros, obteniéndose una reducción significativa de la braquicefalia, a partir de los 6 meses de tratamiento, usándose durante 23 horas al día, de forma diaria.

En los casos de plagiocefalia, es a partir de una asimetría de 10 milímetros cuando se plantea la posibilidad de usar un casco ortopédico. Cuanto mayor sea la gravedad de la plagiocefalia, más conveniente sería implantar un casco ortopédico en el tratamiento.

Los cráneos de los bebés tienen un patrón de crecimiento relacionado con la edad. En los bebés de 1 a 5 meses, crece todo el cráneo, excluyendo la región occipital. La región occipital crece hasta los 6 a 8 meses de edad, y la parte posterior de la región temporal crece desde los 6 a 8 meses hasta los 9 a 11 meses de edad. Teniendo todo esto en cuenta, Si el tratamiento se inicia dentro de los 6 meses de edad, se podrían obtener mejoras morfológicas y cambios significativos en el índice cefalométrico, facilitando que el crecimiento se produzca de manera uniforme en todo el cráneo.

Estos hallazgos enfatizan la eficacia de la terapia con casco ortopédico, tanto para los casos de plagiocefalia como braquicefalia. Esta eficacia puede ser aún más acentuada y se aplica en bebés con deformidades craneales graves. Además, se recomienda el inicio temprano del tratamiento con casco ortopédico, antes de los 6 meses de edad.

El tratamiento recomendado implica también técnicas de cambio postural o fisioterapia con o sin uso de casco. La derivación temprana a fisioterapia o a un programa de remodelación del cráneo asegura mejores resultados para la corrección completa de la deformidad.

La gravedad de las deformidades residuales podría estar directamente rela-

cionada con la edad a la que se remite al niño.

Las deformaciones del cráneo, si no se tratan, pueden tener consecuencias en el futuro. Estas pueden estar asociadas con un retraso en el desarrollo del lenguaje, intelectual y motor. El reconocimiento temprano de la afección y la clasificación adecuada de cada deformación del cráneo son cruciales para el éxito del tratamiento.

2. Los principales factores de riesgo que pueden originar estas deformidades del cráneo son: torticollis congénita o adquirida, escasez de tiempo permaneciendo en decúbito prono, posición intrauterina anormal, complicaciones durante el momento del parto, hospitalizaciones prolongadas, retraso en las diferentes áreas de desarrollo (especialmente en el área motora) o un uso inadecuado de los dispositivos de apoyo en casa.

La campaña “Safe to Sleep” que comenzó en 1994, redujo el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante entre un 40% y un 60%. Sin embargo, también ha tenido efectos contraproducentes, originando un aumento del 400% al 600% en las deformidades posicionales del cráneo.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos en esta revisión nos hacen ver que la terapia con casco ortopédico podría ser eficaz en niños de 3 a 14 meses con braquicefalia de moderada a grave, suponiendo un buen cumplimiento del tratamiento. Este tratamiento suele durar de 6 a 12 meses, usando el casco durante 23 horas al día, de forma diaria.

Los resultados también destacan la asociación de la gravedad de la braquicefalia, la gravedad de la asimetría y la edad al inicio del tratamiento con la duración de la terapia con casco. Los niños más pequeños con casos menos graves requirieron duraciones de tratamiento significativamente más cortas para obtener resultados exitosos.

No obstante, en determinados casos de plagiocefalia o braquicefalia de carácter leve o moderado, se tratará de prescindir en la medida de lo posible del casco ortopédico, y es que se considera un tratamiento que requiere un gran sacrificio por parte de toda la familia, por lo que en primera instancia, sería conveniente realizar un tratamiento de fisioterapia y trabajo de cambios posturales.

6 Bibliografia

1. Cas van Cruchten, Michelle Marlena Wilhelmina Feijen, Rene Remmelt Willie Johan van der Hulst (2021) Demographics of Positional Plagiocephaly and Brachycephaly; Risk Factors and Treatment. *J Craniofac Surg.* Nov-Dec;32(8):2736-2740.
2. Serdar Çevik, Semra Işık, Alper Özkılıç (2020) The role of age on helmet therapy in deformational plagiocephaly and asymmetric brachycephaly. *Childs Nerv Syst.* Apr;36(4):803-810.
3. Hyehoon Choi, Seong Hoon Lim, Joon Sung Kim, Bo Young Hong (2020) Outcome Analysis of the Effects of Helmet Therapy in Infants with Brachycephaly. *J Clin Med.* Apr 19;9(4):1171.
4. Judith M Marshall, Farooq Shahzad (2020) Safe Sleep, Plagiocephaly, and Brachycephaly: Assessment, Risks, Treatment, and When to Refer. *Pediatr Ann.* Oct 1;49(10):e440-e447.
5. Anna Binkiewicz-Glińska, Anna Mianowska Michał Sokołów, Anna Reńska, Katarzyna Ruckeman-Dziurdzińska, Stanisław Bakula, Ewa Kozłowska (2016) Early diagnosis and treatment of children with skull deformations. The challenge of modern medicine. *Dev Period Med.* ;20(4):289-295.

Capítulo 293

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA

SILVIA VILLAR GOMEZ

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

JESUS GARCÍA MORENO

1 Introducción

El linfedema es una afección médica crónica que se caracteriza por la acumulación anormal de líquido linfático en los tejidos del cuerpo, generalmente en los brazos o las piernas. El sistema linfático es parte del sistema circulatorio y tiene la función de transportar líquido linfático, que contiene proteínas y desechos celulares, desde los tejidos hacia los ganglios linfáticos, donde se filtra y se elimina. Sin embargo, cuando este sistema se ve obstruido o dañado, como resultado de cirugía, traumatismos, infecciones o enfermedades, puede producirse el linfedema.

Los síntomas del linfedema incluyen hinchazón, sensación de pesadez, limitación del movimiento, dolor y, en casos avanzados, cambios en la piel. Esta condición puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, ya que afecta la función y la apariencia de las extremidades afectadas.

El linfedema se clasifica en dos tipos principales: primario y secundario:

1. El linfedema primario es poco común y generalmente es resultado de una malformación congénita del sistema linfático.

2. El linfedema secundario es más común y se desarrolla como consecuencia de una lesión o afección que daña el sistema linfático, como la extirpación de ganglios linfáticos en cirugía de cáncer, infecciones recurrentes o traumatismos.

El tratamiento del linfedema se centra en el control de los síntomas y la prevención de complicaciones. Esto puede incluir el uso de prendas de compresión, terapia física especializada, ejercicios de drenaje linfático manual y, en algunos casos, cirugía. La gestión adecuada del linfedema requiere atención médica continua y un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

2 Objetivos

Mostrar las funciones que tiene el fisioterapeuta en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en el linfedema.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El fisioterapeuta desempeña un papel crucial en el manejo y tratamiento del linfedema, una afección caracterizada por la acumulación anormal de líquido linfático en los tejidos. Sus funciones en el abordaje del linfedema son fundamentales para aliviar síntomas, mejorar la función y la calidad de vida del paciente. Aquí se detallan algunas de las funciones clave del fisioterapeuta en el linfedema:

Evaluación: El fisioterapeuta comienza con una evaluación exhaustiva para determinar la gravedad del linfedema, su causa subyacente y sus efectos en la movilidad y la calidad de vida del paciente. Esto incluye medir la circunferencia de las extremidades afectadas y evaluar la elasticidad y la textura de la piel.

Educación al paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre el linfedema, sus factores desencadenantes y las estrategias de manejo. Esto incluye la importancia de la higiene de la piel, el uso de prendas de compresión, el ejercicio y el drenaje linfático manual.

Drenaje linfático manual: Esta técnica especializada implica movimientos suaves y rítmicos en la dirección del flujo linfático para ayudar a drenar el exceso de líquido de las áreas afectadas. El fisioterapeuta utiliza estas técnicas para reducir la hinchazón y mejorar la circulación linfática.

Ejercicio terapéutico: El fisioterapeuta prescribe un programa de ejercicios adaptado a las necesidades individuales del paciente. Los ejercicios específicos ayudan a movilizar las extremidades, mejorar la circulación y fortalecer los músculos, lo que contribuye a reducir el riesgo de complicaciones.

Prendas de compresión: El fisioterapeuta asesora al paciente sobre el uso adecuado de prendas de compresión, como medias o mangas, para mantener la reducción del linfedema y prevenir su reaparición.

Cuidado de la piel: La piel en áreas afectadas por el linfedema es propensa a infecciones. El fisioterapeuta enseña al paciente técnicas de cuidado de la piel para prevenir complicaciones, como la aplicación de lociones no irritantes y la observación de signos de infección.

Seguimiento y ajustes: El tratamiento del linfedema es continuo. El fisioterapeuta sigue de cerca la evolución del paciente, realiza ajustes en las terapias y las recomendaciones según sea necesario y proporciona apoyo emocional durante el proceso.

El fisioterapeuta es un miembro esencial del equipo de atención del linfedema. Su experiencia en técnicas de drenaje linfático, ejercicio terapéutico y educación al paciente es vital para el manejo efectivo de esta afección crónica y la mejora de la calidad de vida de quienes la padecen.

5 Discusión-Conclusión

En el campo del tratamiento del linfedema, se pueden llevar a cabo estudios futuros que se centren en dos áreas clave. En primer lugar, la investigación sobre terapias avanzadas y personalizadas podría ser fundamental. Esto incluye estudios para evaluar la efectividad de terapias emergentes como la terapia de presión

negativa, la terapia génica o la terapia de células madre en la reducción del edema y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con linfedema.

En segundo lugar, es importante investigar estrategias de prevención y educación. Los fisioterapeutas pueden desempeñar un papel vital en la educación de los pacientes sobre cómo prevenir o gestionar el linfedema, especialmente después de cirugías relacionadas con cáncer. Estudios que analicen la efectividad de programas de prevención y educación dirigidos por fisioterapeutas podrían ayudar a reducir la incidencia y la gravedad del linfedema en personas en riesgo. Estos enfoques innovadores pueden mejorar significativamente la atención que los fisioterapeutas brindan a los pacientes con linfedema en el futuro.

El papel del fisioterapeuta es primordial en la difícil tarea de mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes, por ello este profesional aporta lo mejor de su trabajo para el día a día en el trabajo con estos pacientes y para llevar a cabo estudios que puedan mejorar.

6 Bibliografía

1. Arias-Cuadrado, A., Álvarez-Vázquez, M. J., Martín-Mourelle, R., & Jiménez, C. V. D. (2010). Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. *Rehabilitación*, 44, 29-34.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 294

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL TRATAMIENTO DE SUELO PÉLVICO

SILVIA VILLAR GOMEZ

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

1 Introducción

El tratamiento de suelo pélvico es un enfoque terapéutico especializado diseñado para abordar trastornos y disfunciones que afectan la región del suelo pélvico en el cuerpo humano. El suelo pélvico es un conjunto de músculos, ligamentos y tejidos ubicados en la parte inferior de la pelvis que desempeñan un papel crucial en el soporte de los órganos pélvicos, el control de la vejiga y los intestinos, así como en las funciones sexuales.

Los problemas comunes del suelo pélvico incluyen incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapsos de órganos pélvicos, dolor pélvico crónico y disfunciones sexuales. El tratamiento de suelo pélvico busca aliviar estos síntomas y mejorar la función de esta área vital del cuerpo.

Las técnicas de tratamiento de suelo pélvico pueden incluir:

- Ejercicios de fortalecimiento y relajación: Los fisioterapeutas especializados enseñan ejercicios específicos para fortalecer los músculos del suelo pélvico o relajarlos, según las necesidades individuales del paciente.
- Biofeedback: Utilización de dispositivos para ayudar al paciente a comprender y controlar mejor los músculos del suelo pélvico.
- Estimulación eléctrica: En algunos casos, se utiliza la estimulación eléctrica para fortalecer los músculos del suelo pélvico.
- Masaje y movilización: Técnicas manuales dirigidas a liberar la tensión y mejorar la circulación en el área del suelo pélvico.
- Educación y asesoramiento: Los pacientes reciben información sobre la anatomía y función del suelo pélvico, así como consejos sobre hábitos de vida saludables.

El tratamiento de suelo pélvico es altamente personalizado y se adapta a las necesidades específicas de cada paciente. Puede ser realizado por fisioterapeutas especializados en suelo pélvico, urólogos o ginecólogos capacitados en esta área. El objetivo final es mejorar la calidad de vida de los pacientes, aliviar el dolor, restaurar la función y abordar los problemas relacionados con el suelo pélvico de manera efectiva.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones que tiene el fisioterapeuta en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia en el tratamiento del suelo pélvico.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El fisioterapeuta especializado en el tratamiento de suelo pélvico desempeña un papel esencial en el abordaje de las disfunciones y trastornos que afectan esta

región del cuerpo. Sus funciones abarcan una amplia gama de aspectos, y aquí se detallan algunas de las más importantes:

- Evaluación y diagnóstico:

El fisioterapeuta comienza por realizar una evaluación exhaustiva de la función del suelo pélvico y recopilar información sobre los síntomas del paciente. Esto puede incluir preguntas sobre incontinencia urinaria, dolor pélvico, disfunción sexual y más. La evaluación es crucial para determinar el plan de tratamiento adecuado.

- Desarrollo de un plan de tratamiento:

Basándose en la evaluación, el fisioterapeuta crea un plan de tratamiento personalizado. Esto puede incluir ejercicios específicos, técnicas de relajación muscular, masajes, terapia manual y otros enfoques terapéuticos.

- Ejercicios de fortalecimiento y relajación:

Los fisioterapeutas enseñan ejercicios diseñados para fortalecer o relajar los músculos del suelo pélvico, dependiendo de las necesidades del paciente. Estos ejercicios pueden ayudar a mejorar la incontinencia urinaria, reducir el dolor pélvico y restaurar la función.

- Terapia manual:

A través de técnicas de terapia manual, el fisioterapeuta puede trabajar en la liberación de la tensión muscular y la mejora de la circulación sanguínea en el área del suelo pélvico.

- Biofeedback:

En algunos casos, se utiliza la biofeedback para ayudar al paciente a comprender y controlar mejor los músculos del suelo pélvico. Los dispositivos de biofeedback proporcionan información en tiempo real sobre la actividad muscular.

- Estimulación eléctrica:

En ciertas situaciones, se utiliza la estimulación eléctrica para fortalecer los músculos del suelo pélvico. Esto puede ser especialmente útil en casos de debilidad muscular significativa.

- Educación y asesoramiento:

El fisioterapeuta proporciona información sobre la anatomía y la función del suelo pélvico, así como consejos sobre hábitos de vida saludables, cambios en la dieta y modificaciones en la actividad física para apoyar el tratamiento.

- Seguimiento y ajustes:

A medida que avanza el tratamiento, el fisioterapeuta sigue de cerca la evolución del paciente, realiza ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario y brinda apoyo emocional.

La fisioterapia del suelo pélvico es un enfoque altamente especializado que

aborda problemas íntimos y personales de los pacientes. El fisioterapeuta juega un papel fundamental en ayudar a los pacientes a recuperar su función y mejorar su calidad de vida al abordar las disfunciones del suelo pélvico de manera efectiva y compasiva.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que la recomendación principal del fisioterapeuta para cultivar una sólida relación con el paciente en el tratamiento de suelo pélvico es la empatía. Comprender y respetar las emociones y las necesidades del paciente es esencial. Escuchar sin juicio, validar sus preocupaciones y mostrar una actitud comprensiva contribuyen significativamente a establecer un ambiente de confianza.

Además, es vital mantener una comunicación abierta y transparente para responder a sus preguntas y mantenerlos informados sobre el proceso de tratamiento y las expectativas.

La empatía, respaldada por la comunicación efectiva, permite al paciente sentirse comprendido, cómodo y apoyado a lo largo de su viaje hacia la recuperación del suelo pélvico, lo que es esencial para el éxito del tratamiento.

6 Bibliografía

1. Outeiriño, J. P., Pérez, A. R., Duarte, A. V., Navarro, S. M., & Blasco, J. L. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 31(7), 719-731.

Capítulo 295

EL PAPEL DEL FISIOTRAPEUTA EN EL TRATAMIENTO CON ONDA CORTA

SILVIA VILLAR GOMEZ

JESUS GARCÍA MORENO

CARMEN MARÍA GARCÍA MARTÍNEZ

JORGE RODRÍGUEZ ALCÁZAR

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

1 Introducción

El tratamiento rehabilitador con onda corta es una modalidad de terapia física que utiliza la aplicación de energía electromagnética de alta frecuencia para aliviar el dolor, mejorar la circulación sanguínea y acelerar la recuperación de lesiones músculo-esqueléticas. Este enfoque terapéutico se basa en la generación de calor profundo en los tejidos corporales, lo que tiene varios efectos beneficiosos.

Durante una sesión de tratamiento con onda corta, un fisioterapeuta coloca electrodos en la piel sobre la zona afectada. Estos electrodos generan ondas electromagnéticas de alta frecuencia que penetran en los tejidos subyacentes, produciendo calor. El calor resultante tiene varios efectos terapéuticos:

Relajación muscular: El calor profundo ayuda a relajar los músculos tensos y a reducir el espasmo muscular, lo que alivia el dolor y mejora la movilidad.

Aumento de la circulación sanguínea: La vasodilatación inducida por el calor aumenta el flujo de sangre hacia la zona tratada, lo que facilita la entrega de oxígeno y nutrientes a los tejidos lesionados y promueve la eliminación de desechos metabólicos.

Reducción del dolor: La estimulación de los receptores de calor en la piel puede bloquear la transmisión de señales de dolor al cerebro, lo que proporciona alivio del dolor.

Mejora en la flexibilidad y la amplitud de movimiento: La terapia de onda corta puede ayudar a aflojar tejidos conectivos rígidos y a mejorar la flexibilidad articular.

Este tratamiento se utiliza comúnmente en lesiones musculares, esguinces, contracturas y afecciones inflamatorias crónicas como la artritis. Sin embargo, es importante que sea administrado por profesionales capacitados, ya que la temperatura y la duración del tratamiento deben ser controladas cuidadosamente para evitar quemaduras o lesiones.

En resumen, el tratamiento rehabilitador con onda corta es una terapia física que utiliza calor profundo generado por ondas electromagnéticas para aliviar el dolor, mejorar la circulación y acelerar la recuperación de lesiones músculo-esqueléticas, contribuyendo así a la rehabilitación efectiva de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el fisioterapeuta 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, como Pubmed, Medline y Scielo. Posteriormente, se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El fisioterapeuta juega un papel fundamental en el tratamiento con onda corta, asegurando que esta modalidad terapéutica se aplique de manera segura y efectiva para abordar una variedad de condiciones músculo-esqueléticas y dolor crónico. Aquí se detallan las funciones clave del fisioterapeuta en este contexto:

Evaluación del paciente: El proceso comienza con una evaluación exhaustiva del paciente, que incluye una revisión de su historial médico, sus síntomas y una evaluación física. Esta evaluación ayuda al fisioterapeuta a determinar si el tratamiento con onda corta es apropiado y cuál es el enfoque más adecuado.

Selección de la frecuencia y la intensidad: El fisioterapeuta elige la frecuencia y la intensidad adecuadas de las ondas cortas en función de la afección del paciente, su tolerancia y sus necesidades terapéuticas específicas. Esto requiere una comprensión profunda de los principios físicos y técnicos de la terapia con onda corta.

Aplicación del tratamiento: El fisioterapeuta es responsable de aplicar el tratamiento de onda corta de manera segura y precisa. Esto implica la colocación adecuada de los electrodos en la piel del paciente y el monitoreo constante para evitar quemaduras o lesiones.

Evaluación de la respuesta al tratamiento: Durante el tratamiento, el fisioterapeuta evalúa constantemente la respuesta del paciente para realizar ajustes según sea necesario. Esto puede implicar cambios en la intensidad, la duración o la ubicación de la aplicación de las ondas cortas.

Educación del paciente: El fisioterapeuta educa al paciente sobre el tratamiento con onda corta, sus beneficios, los posibles efectos secundarios y las medidas de precaución. También brinda consejos sobre el autocuidado y la prevención de futuras lesiones.

Integración con otros enfoques terapéuticos: En muchos casos, el tratamiento con onda corta se combina con otros enfoques de fisioterapia, como ejercicios terapéuticos, estiramientos y terapia manual. El fisioterapeuta coordina estos tratamientos para lograr un enfoque integral y efectivo.

Registro y documentación: El fisioterapeuta mantiene registros detallados de las sesiones de tratamiento, la respuesta del paciente y cualquier cambio en el plan de atención. Esto es esencial para llevar un seguimiento de la evolución del paciente

y ajustar el tratamiento según sea necesario.

El fisioterapeuta desempeña un papel crítico en el tratamiento con onda corta al evaluar, aplicar y ajustar esta modalidad terapéutica para abordar afecciones músculo-esqueléticas y aliviar el dolor. Su experiencia y habilidades son esenciales para garantizar una terapia segura y efectiva que contribuya a la recuperación y el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave del fisioterapeuta para el tratamiento con onda corta es la importancia de la comunicación abierta y honesta durante las sesiones. Los pacientes deben informar cualquier sensación inusual, aumento de la temperatura o molestia durante el tratamiento para que el fisioterapeuta pueda ajustar la intensidad o la ubicación de la aplicación de las ondas cortas de manera adecuada. La seguridad y comodidad del paciente son prioritarias.

Además, el fisioterapeuta a menudo aconsejará a los pacientes que complementen el tratamiento con onda corta con hábitos de vida saludables, como la actividad física regular y la hidratación adecuada. Estos consejos pueden contribuir a maximizar los beneficios de la terapia y a mantener una recuperación efectiva a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Jiménez-García, D., López-Dolado, E., & López-Zarzuela, M. C. (2008). Tratamiento de la tendinopatía calcificante de hombro: ¿ionforesis con ácido acético u onda corta?. *Rehabilitación*, 42(5), 239-245.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 296

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN ROTURAS DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN MUJERES DEPORTISTAS

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

El ligamento cruzado anterior (LCA) es una estructura intraarticular de la rodilla. Se extiende desde la porción más posterior de la cara interna del cóndilo femoral externo, siguiendo una dirección anterointerna en forma de abanico hasta alcanzar la meseta tibial entre las espinas tibiales. En este recorrido se pueden diferenciar 2 fascículos de especial interés por sus funciones:

- El fascículo posterolateral: el más posterior y externo en la tibia y al más posterior y distal en el fémur. Se tensa en los movimientos de extensión y rotación interna tibial.
- El fascículo anteromedial: el más anterior e interno en la tibia y el más proximal y anterior en el fémur. Se tensa en la flexión de rodilla.

Este ligamento realiza una función estabilizadora en la rodilla, impidiendo el desplazamiento anterior de la tibia respecto al fémur y limitando los movimientos de hiperextensión, varo y valgo.

En los últimos años, se ha apreciado un aumento del número de roturas de ligamento cruzado anterior en deportistas, pero especialmente, en mujeres deportistas. Se calcula una incidencia de 0,4-0,8 lesiones por 1.000 habitantes y año. Sin embargo, se estima que las roturas de LCA en mujeres deportistas puede ser hasta tres veces más frecuentes que en deportistas varones.

Ahora, en esta revisión bibliográfica, analizaremos algunas de las posibles causas de la alta incidencia de esta lesión en mujeres deportistas.

2 Objetivos

Analizar los factores de riesgo más comunes para la rotura de ligamento cruzado anterior en mujeres deportistas, y posibles métodos de prevención.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de la bibliografía disponible en las siguientes bases de datos: Cinhal, Pubmed, Cochrane Library, PEDro y SPORTDiscus, utilizando los términos “Anterior cruciate ligament”, “ACL”, “women” “sport” “ACL tear” “ACL rupture” tanto en inglés como en español

Tras filtrar los resultados, se incluyeron 8 artículos para su revisión

4 Resultados

Hay consenso general sobre la existencia de factores de riesgo asociados a las diferencias de género en la incidencia de lesiones de LCA. Biomecánicamente, algunas de las diferencias observadas en mujeres deportistas con diferencia a los hombres se pueden clasificar en:

- Factores estáticos: mayor ángulo Q, menor tamaño del ligamento cruzado anterior, escotadura intercondílea más estrecha y una mayor pendiente tibial posterior.
- Factores dinámicos: menor flexión de rodilla al contactar con el suelo tras una caída, mayor valgo y extensión de rodilla al aterrizar de un salto

Los planes de prevención de este tipo de lesión se centran corregir los factores modificables. Algunos de los objetivos principales son aumentar la fuerza, elongación muscular y velocidad de contracción en isquiotibiales, corregir el desequilibrio muscular que suele haber entre cuádriceps e isquiotibiales, entrenamiento de saltos a distintas velocidades para trabajar la propiocepción en los aterrizajes

y trabajar el glúteo medio y la abducción de cadera para mejorar las deceleraciones.

Los programas de prevención que incluyen este tipo de ejercicios han demostrado eficacia para reducir las lesiones de LCA cuando se ponen en marcha en pretemporada y se mantienen a lo largo de toda la temporada deportiva.

Respecto a los factores hormonales, existe una amplia evidencia acerca del aumento del riesgo de sufrir una lesión de LCA durante la fase preovulatoria del ciclo menstrual. Se ha demostrado que el estradiol, la progesterona y la testosterona tienen influencia sobre la laxitud ligamentosa a lo largo del ciclo menstrual. Además, la relación entre estas tres hormonas es más evidente cuando se comparan los cambios en la concentración de alguna de las tres, con la laxitud ligamentosa entre tres y cuatro días después aproximadamente. Sin embargo, este tiempo puede variar mucho de unas personas a otras.

Debido a la alta variabilidad de las concentraciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual entre unas mujeres y otras, es difícil establecer unos valores que se puedan considerar seguros para disminuir el riesgo de lesión, por lo que lo ideal es medir las distintas concentraciones hormonales a lo largo de varios ciclos menstruales para dar pautas individualizadas a cada deportista en función de sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, existen diversos factores de riesgo presentes en las mujeres deportistas que las hacen más propensas a sufrir una lesión de ligamento cruzado anterior. Si bien es cierto que hay factores sobre los que no se puede influir, como los anatómicos, sí que existen otros sobre los que podemos y debemos influir.

Los deportes en los que se realicen saltos, cambios rápidos de dirección y deceleraciones bruscas son los que más riesgo tienen de sufrir esta lesión, como el fútbol, baloncesto o tenis. Para estas deportistas, está altamente indicado seguir un plan de prevención que haga especial hincapié en prevenir las roturas de LCA. Respecto a la influencia del ciclo hormonal en este tipo de lesiones, sí que se han observado cambios en la laxitud ligamentosa a lo largo del ciclo menstrual, pero al ser un factor tan variante entre unas mujeres y otras no se puede afirmar con rotundidad si influir sobre el ciclo hormonal tiene o no beneficios significativos en la prevención de esta lesión.

6 Bibliografía

- Ayala-Mejías JD, García-Estrada GA, Alcocer Pérez-España L. Lesiones del ligamento cruzado anterior [Anterior cruciate ligament lesions]. *Acta Ortop Mex.* 2014 Jan-Feb;28(1):57-67. Spanish. PMID: 26031141.
- Sutton KM, Bullock JM. Anterior cruciate ligament rupture: differences between males and females. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013 Jan;21(1):41-50. doi: 10.5435/JAAOS-21-01-41. PMID: 23281470.
- Sánchez-Alepuz E, Miranda I, Miranda FJ. Functional evaluation of patients with anterior cruciate ligament injury. A transversal analytical study. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed).* 2020 Mar-Apr;64(2):99-107. English, Spanish. doi: 10.1016/j.recot.2019.10.004. Epub 2019 Nov 25. PMID: 31780400.
- Beynnon BD, Johnson RJ, Braun S, Sargent M, Bernstein IM, Skelly JM, Vacek PM. The relationship between menstrual cycle phase and anterior cruciate ligament injury: a case-control study of recreational alpine skiers. *Am J Sports Med.* 2006 May;34(5):757-64. doi: 10.1177/0363546505282624. Epub 2006 Jan 25. PMID: 16436538.
- Hughes G. A review of recent perspectives on biomechanical risk factors associated with anterior cruciate ligament injury. *Res Sports Med.* 2014;22(2):193-212. doi: 10.1080/15438627.2014.881821. PMID: 24650339.
- Renstrom P, Ljungqvist A, Arendt E, Beynnon B, Fukubayashi T, Garrett W, Georgoulis T, Hewett TE, Johnson R, Krosshaug T, Mandelbaum B, Micheli L, Myklebust G, Roos E, Roos H, Schamasch P, Shultz S, Werner S, Wojtys E, Engbretsen L. Non-contact ACL injuries in female athletes: an International Olympic Committee current concepts statement. *Br J Sports Med.* 2008 Jun;42(6):394-412. doi: 10.1136/bjsm.2008.048934. PMID: 18539658; PMCID: PMC3920910.
- Kaeding CC, Léger-St-Jean B, Magnussen RA. Epidemiology and Diagnosis of Anterior Cruciate Ligament Injuries. *Clin Sports Med.* 2017 Jan;36(1):1-8. doi: 10.1016/j.csm.2016.08.001. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27871652.
- Shultz SJ, Kirk SE, Johnson ML, Sander TC, Perrin DH. Relationship between sex hormones and anterior knee laxity across the menstrual cycle. *Med Sci Sports Exerc.* 2004 Jul;36(7):1165-74. doi: 10.1249/01.mss.0000132270.43579.1a. PMID: 15235320; PMCID: PMC1993893.

Capítulo 297

LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA COMO HERRAMIENTA PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL

COVADONGA SÁNCHEZ LÓPEZ

1 Introducción

El asma es una patología respiratoria crónica que se caracteriza por la obstrucción de las vías respiratorias, fruto de su inflamación e hiperreactividad ante agentes externos como alergias, factores ambientales o emocionales y también puede vincularse a predisposiciones genéticas. Es una patología muy común en edad infantil y, en muchas ocasiones, se revierte pasada esta edad.

Se considera un problema de salud pública que ha afectado siempre, pero que, en los últimos años, se ha agravado, no en vano, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en el 2019 el asma afectó a 262 millones de personas y causó, 461000 muertes (la mayor parte de estas muertes se produjeron en países de ingreso bajo o medio-bajo).

El paciente asmático puede presentar diferentes síntomas, entre los que destacan: disnea, dolor u opresión torácica, tos, frecuencia respiratoria elevada, fatiga o episodios de sibilancias.

Su rápido diagnóstico e intervención influirá de forma decisiva en el manejo y el pronóstico de esta patología, para cuya prevención han de tomarse medidas de higiene para evitar la acumulación de ácaros.

En cuanto a su tratamiento, cabe destacar la importancia de que se realice de la forma más precoz posible, pues, en ocasiones, puede ser reversible o fácilmente controlada con el uso de broncodilatadores (como el Salbutamol) o esteroides

(como la Beclometasona). De no ser tratado de forma adecuada puede provocar trastornos del sueño, cansancio diurno o dificultad para concentrarse y, cuando los síntomas son graves, las personas asmáticas pueden necesitar cuidados urgentes o ingreso en un hospital para ser tratadas y vigiladas exhaustivamente. Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es el único indicado para hacer frente al asma. Es aquí donde se hacen evidentes los beneficios de abordar esta patología desde el punto de vista de la fisioterapia. Las técnicas respiratorias empleadas en esta disciplina constituyen una herramienta muy útil para tratarla, puesto que contribuyen al aumento de la movilidad diafragmática, aumentan la capacidad pulmonar, mejora el intercambio de gases a nivel alveolar, el rendimiento de los músculos respiratorios y reduce la fatiga. Por ello, a través del presente capítulo, se constatarán los efectos beneficiosos de la fisioterapia respiratoria en pacientes asmáticos en edad infantil contribuyendo así a una mejora de su calidad de vida lo que conducirá a una disminución de la morbilidad y mortalidad causada por esta patología.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor de la fisioterapia respiratoria en el asma infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 asma es una patología caracterizada por una inflamación crónica de las vías aéreas que provoca una hiperreactividad bronquial (HRB). Algunos de los síntomas asociados a dicha patología son: disnea, opresión en el tórax, tos y episodios de sibilancias entre otros.

Esta enfermedad ha aumentado en los últimos años, fundamentalmente en edad infantil. Algunas de las causas por las que se considera que ha aumentado el

número de afectados, según Lo, Beardsmore y Roland, (2019), son: el exceso de asepsia (los niños tendrían que exponerse con mayor frecuencia a agentes infecciosos durante los primeros años de su vida para evitar posibles enfermedades futuras como el asma); el avance de las técnicas de reanimación neonatal, los procesos infecciosos respiratorios, las predisposiciones genéticas, las enfermedades familiares, el incremento de la polución atmosférica o las alergias. Todos estos factores favorecen la aparición del asma por lo que es fundamental la aplicación de tratamiento oportuno, a la mayor brevedad posible, para evitar que la enfermedad se agrave y sea más difícil de controlar.

A continuación, se presentan algunos de los aspectos fundamentales del asma infantil:

Clínica:

La sintomatología que más comúnmente sufren los niños asmáticos incluye:

- Sibilancias: Uno de los síntomas más típicos del asma infantil es la aparición de sibilancias, que son ruidos agudos y silbantes que se producen al respirar, especialmente al exhalar el aire.
- Tos: Los niños asmáticos pueden experimentar tos persistente, especialmente durante la noche o a primera hora de la mañana.
- Dificultad respiratoria: Los episodios de asma pueden dar lugar a dificultades respiratorias, lo que hace que los niños que padecen asma respiren con más rapidez y se sientan más ansiosos.
- Opresión en el pecho: Algunos niños pueden sentir una sensación de opresión en el pecho durante los ataques de asma a causa de la inflamación de las vías respiratorias que dificulta la entrada de oxígeno a los pulmones.

Clasificación:

El asma infantil se puede clasificar en diferentes categorías dependiendo de su gravedad y la asiduidad de las crisis:

- Intermitente: Los síntomas tienen lugar menos de una vez a la semana.
- Persistente leve: Los síntomas ocurren más de una vez a la semana, pero no diariamente.
- Persistente moderado: Los síntomas se producen a diario.
- Persistente grave: Los síntomas constantes y afectan de forma considerable a la calidad de vida del niño.

Causas:

Las causas del asma infantil son difíciles de determinar, pero se cree que son el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Algunos de los desencadenantes más comunes incluyen:

- Alergias: La exposición a alérgenos como el polen, el polvo, los ácaros, ciertos

animales o el moho pueden hacer que se desencadene una crisis asmática en niños alérgicos.

- Infecciones respiratorias: Las infecciones víricas respiratorias, como el resfriado común, en muchas ocasiones puede desencadenar un ataque de asma.
- Factores emocionales: El estrés y las emociones fuertes también pueden dar lugar a la aparición de la sintomatología típica del asma en algunos niños.
- Exposición al humo del tabaco: La exposición al humo de tabaco, ya sea durante el embarazo o tras el nacimiento, aumenta el riesgo de desarrollar asma.

Consecuencias:

Entre los efectos dañinos del asma para la salud se destacan, según Guilbert, Bacharier, Fitzpatrick y AM (2019):

- Dificultad para respirar: Los episodios de asma pueden aterrorizar a los niños que los padecen ya que pueden causar dificultades considerables para respirar, lo que puede derivar en la necesidad de atención médica urgente.
- Limitaciones en la actividad física: El asma no controlada puede limitar la participación de los niños en actividades físicas y deportes puesto que las dificultades que provocan a nivel respiratorio disminuyen el rendimiento deportivo de los niños, haciendo que, en muchas ocasiones, se vean obligados a abandonar la actividad.
- Absentismo escolar: Los niños con asma no controlada pueden faltar o tener la necesidad de ausentarse de la escuela debido a la aparición de síntomas u hospitalizaciones frecuentes.
- Complicaciones a largo plazo: Si el asma no se trata y se controla adecuadamente, puede llegar a provocar un daño pulmonar a largo plazo, así como cambios en la función de los pulmones y adherencias en las vías respiratorias y el tejido pulmonar.

Es fundamental que los niños con asma reciban un tratamiento adecuado y sigan un plan de manejo bajo la supervisión de un profesional de la salud para prevenir y controlar los síntomas, mejorar su calidad de vida y reducir las consecuencias a largo plazo.

En el asma en edad infantil desempeña un papel fundamental la fisioterapia respiratoria ya que se considera una herramienta muy efectiva para mejorar la calidad de vida del infante, disminuyendo su número de crisis (y/o espaciándolas en el tiempo) así como también el de las visitas al médico o al hospital.

Como señala Iniciativa Global para el Asma (2021), los tres pilares fundamentales en los que se basa el tratamiento del asma y así, disminuir su incidencia son: la educación para la salud (fomento de hábitos de vida saludables), el tratamiento farmacológico y los ejercicios respiratorios (olvidados por la mayoría de asmáti-

cos). Estos últimos son muy recomendables para disminuir y controlar las crisis asmáticas. Los objetivos que se persiguen con su puesta en práctica son:

- Aumento de las fases respiratorias (inspiración y espiración) a través de técnicas de limpieza mucociliar y respiratoria.
- Demostración de protocolos de control e identificación de los síntomas de una crisis de asma.
- Aprendizaje de técnicas de relajación, lo que aporta un mayor control de la ansiedad durante las crisis.
- Consecución de una biomecánica ventilatoria adecuada tratando la musculatura respiratoria y periférica.
- Creación de hábitos saludables basados en la realización de ejercicio físico, una alimentación equilibrada e higiene personal y doméstica
- Reducción de las obstrucciones respiratorias.
- Reeducación de la respiración para un buen funcionamiento durante el período intercrisis

La ejecución de estos ejercicios conlleva la aplicación de algunas técnicas más específicas. Dos de las técnicas respiratorias más utilizadas en la fisioterapia respiratoria infantil son:

- La ventilación dirigida abdominodiafragmática, se emplea para reeducar el patrón respiratorio de tal manera que el paciente pueda respirar de una forma más eficiente
- Limpieza de las vías aéreas con ayudas instrumentales, a través de vibraciones y/o presiones positivas
- Entrenamiento de músculos respiratorios con la finalidad de fortalecerlos. Estas técnicas deben utilizarse solamente cuando haya debilidad muscular

Para llevar a cabo de forma correcta los ejercicios y técnicas explicados y tratar el asma infantil es importante contar con la ayuda de un fisioterapeuta formado en fisioterapia respiratoria en pediatría. El fisioterapeuta puede ayudar al paciente a conseguir llevar una vida normal, controlando las crisis asmáticas y la respiración en todo momento, pero pudiendo realizar todo tipo de actividades.

Como señalan Freitas, Mendes, Silva et al. (2018), la fisioterapia respiratoria es un enfoque terapéutico importante en el tratamiento del asma infantil, pues proporciona innumerables efectos beneficiosos para los niños asmáticos. A continuación, se describen algunos de los beneficios que la fisioterapia respiratoria aporta a los niños que padecen asma:

1. Mejora de la función pulmonar: La fisioterapia respiratoria incluye ejercicios de respiración profunda y técnicas de expansión pulmonar que pueden mejorar la función de los pulmones contribuyendo al aumento de la capacidad pulmonar.

Estos ejercicios provocan la abertura de las vías respiratorias y previenen la acumulación de mucosidad en los pulmones, lo que puede mejorar la capacidad de los niños para respirar y ayuda evitar que se produzcan infecciones.

2. Reducción de la disnea (sensación de falta de aire): Los niños asmáticos a menudo experimentan episodios de disnea durante las crisis. La fisioterapia respiratoria ayuda a disminuir la sensación de falta de aire al proporcionar al niño técnicas de respiración adecuada y ejercicios de relajación de la musculatura respiratoria.

3. Despeje de las vías respiratorias: La fisioterapia respiratoria puede incluir técnicas de drenaje postural y percusión que ayudan a movilizar y eliminar secreciones de las vías respiratorias, lo que disminuye la obstrucción bronquial.

4. Mejora de la capacidad de ejercicio: Los ejercicios de fisioterapia respiratoria contribuyen a la mejora de la resistencia física de los niños asmáticos, así como su capacidad para participar en actividades físicas sin experimentar sibilancias ni dificultades respiratorias.

5. Educación sobre el manejo del asma: Los fisioterapeutas pueden proporcionar educación a los niños que sufren esta patología y a sus familias sobre el manejo adecuado del asma, incluyendo la identificación de su etiología, el uso adecuado de inhaladores y las medidas que se han de tomar en caso de un ataque de asma.

6. Mejora de la calidad de vida: Al ayudar a los niños a controlar su sintomatología y a reducir la frecuencia de los ataques, la fisioterapia respiratoria puede mejorar de forma significativa la calidad de vida de los niños, permitiéndoles llevar una vida lo más activa y normal posible.

7. Prevención de complicaciones: La fisioterapia respiratoria desempeña un papel esencial en la prevención de posibles complicaciones del asma al ayudar a mantener las vías respiratorias limpias y abiertas, reduciendo así las posibilidades de que se puedan dar ataques agudos.

Cabe destacar que la fisioterapia respiratoria debe ser parte de un enfoque global para manejar adecuadamente el asma en edad infantil. Es fundamental establecer una estrecha colaboración con un equipo de atención médica que puede incluir pediatras, alergólogos, neumólogos y otros profesionales de la salud para realizar un abordaje óptimo de esta patología. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada niño y se basa en la gravedad de su asma y la especificidad de sus síntomas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el asma infantil es una afección crónica que requiere un abordaje integral e individualizado. La fisioterapia respiratoria tiene un papel fundamental dentro de este enfoque, pues proporciona a los niños las herramientas para controlar sus síntomas, mejorar su funcionalidad pulmonar y llevar una vida más sana y activa. La educación y el tratamiento precoz pueden marcar una gran diferencia en la vida de los niños asmáticos, permitiéndoles vivir con normalidad y disfrutar de una mejor calidad de vida. Por lo tanto, la fisioterapia respiratoria se convierte en un aliado fundamental en la lucha contra el asma infantil.

6 Bibliografía

Freitas, D. A., Mendes, F. A., da Silva, K. M., et al. (2018). Los ejercicios de respiración mejoran la capacidad de ejercicio y la calidad de vida en pacientes con asma: una revisión sistemática. *The Clinical Respiratory Journal*, 12 (6), 1931-1942.

Guilbert, TW, Bacharier, LB, Fitzpatrick, AM (2019). Asma grave en niños. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 7(6), 1691-1701.

Iniciativa Global para el Asma (GINA). (2021). Estrategia global para el Manejo del Asma y la prevención. Disponible en: <https://ginasthma.org/gina-reports/>

Lo, DKC, Beardsmore, CS, Roland, DT (2019). Avances recientes en la evaluación y el manejo del asma aguda en niños. *F1000Research*, 8, F1000 Facultad Rev-333.

Capítulo 298

FISIOTERAPIA EN EL ESPOLÓN CALCÁNEO. DIFERENCIACIÓN CON LA FASCITIS PLANTAR Y TRATAMIENTO ADECUADO.

SONIA LÓPEZ CASTELLÓ

ANA GEMA LÓPEZ CAÑIZARES

ISABEL ALARCÓN ORTEGA

1 Introducción

El espolón calcáneo es una patología muy frecuente en el pie; consiste en un desarrollo óseo o calcificación en la zona del talón de forma triangular. Se desarrolla en la zona de inserción de la fascia plantar en el calcáneo. Sin embargo, cuando hablamos de fascitis plantar; el dolor y la inflamación es en la zona de la fascia plantar.

En el espolón calcáneo, se forma una especie de “pico” en el hueso que provoca un dolor agudo en el talón, con aparición de pinchazos.

El espolón calcáneo suele aparecer por un exceso de calcio; tras soportar un exceso de presión en esa zona del pie tras un largo tiempo, que termina desarrollando la formación de un “hueso”. Esta sobrecarga se produce, en la mayoría de las ocasiones, por un aumento de tensión de la fascia plantar.

El diagnóstico diferencial se realiza a través de la clínica con la anamnesis y la exploración física adecuadas. Entre las pruebas complementarias, el estudio radiológico del pie en carga (que puede ser normal o mostrar la presencia de espolón

calcáneo que a veces aparece en personas sin antecedentes de dolor en el talón), el estudio ecográfico (para mostrar las características histo-patológicas de la fascia) y el estudio biomecánico (para valorar la respuesta funcional a la deambulación). La fascia plantar es una continuación de la fascia profunda del dorso del pie tras fijarse al periostio de los lados del primero al quinto metatarsianos. La fascia plantar lateral es gruesa y bien desarrollada cerca del talón y más delgada hacia el dedo pequeño. La fascia plantar medial cubre los músculos intrínsecos del dedo gordo.

En 1957 se pensó que el origen de esta patología se debía al atrapamiento de la fascia debido a la presencia de un espolón calcáneo (Neufeld and Cerrato, 2008; Lozano, 2013). A posteriori se pensó que la aparición del espolón calcáneo se debía a la tracción continuada de la fascia, con lo que se descartó que la causa fuera el propio espolón (Neufeld and Cerrato, 2008; Lozano, 2013).

A día de hoy; el mecanismo etiológico más aceptado de la fascitis plantar; es la consecuencia de microtraumatismos de repetición en la inserción de la fascia, siendo más probable cuanto mayor edad se tenga; ya que a partir de los 40 años la capa de grasa que recubre el calcáneo empieza un proceso de atrofia y deshidratación, junto con una pérdida de colágeno y tejido elástico, disminuyendo la capacidad de absorber los impactos.

En resumen, podríamos decir que el espolón calcáneo del pie es en parte consecuencia de una fascitis plantar crónica.

Hemos de saber que por el hecho de presentar un espolón calcáneo no quiere decir que sea indicativo de una patología como tal; ya que la mayoría de los espolones no son dolorosos y se descubren accidentalmente tras una radiografía por otra causa.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica existente sobre los tratamientos fisioterápicos empleados en el tratamiento del espolón calcáneo.
- Determinar los tratamientos fisioterápicos más efectivos en la terapia del espolón calcáneo y su diferenciación con la fascitis plantar.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en varias bases de datos, entre ellas, MEDLINE, que forma parte de los componentes de PubMed; Scielo y Google

Scholar. Además, se añadió información relevante procedente de otras fuentes como: la consulta de libros de texto actualizados.

También se han buscado artículos en los cuales se investigara sobre la relación existente entre los espolones, la fascitis y el dolor de talón, así como artículos que hablaran sobre la etimología de los espolones, su sintomatología y los factores de riesgo capaces de desencadenarlos.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos aleatorizados, los cuales, son de mayor evidencia científica. Cuyo idioma fuese en inglés o español.

4 Resultados

Después de buscar referencia en varios artículos ha resultado ser la base principal de tratamiento; el tratamiento con métodos conservadores; como son: el láser, el ultrasonido, la magnetoterapia y otros, aplicados en el sitio doloroso, así como las infiltraciones y la terapia homeopática. También es una opción terapéutica conservadora, el tratamiento ortésico. Las opciones ortésicas utilizadas para el tratamiento son: taloneras, plantillas (prefabricadas y a medida) y férulas nocturnas.

A día de hoy no existe ningún estudio que analice específicamente el resultado en el uso de taloneras ni que evalúe las ventajas de algún diseño aislado.

Las plantillas se recomiendan de forma muy común; ya que corrigen el pie y la extremidad inferior en una posición más ventajosa; ayudan a prevenir la pronación excesiva del pie y descarga fuerzas de tensión en la fascia plantar, como así también para proteger el talón.

Las ondas de choque es otra opción más dentro del tratamiento conservador y parece ser un tratamiento efectivo en el tratamiento del dolor de talón por espón; ya que tiene muy pocos efectos secundarios, un bajo coste económico y se aplica un número de sesiones disminuido con respecto a otros métodos de tratamiento.

Como hemos indicado anteriormente, en la actualidad, el tratamiento casi siempre es conservador, mediante la actuación de la fisioterapia. Encaminado al alivio del dolor, a la disminución de la tensión de la fascia y a prevenir el paso a la cronicidad del cuadro con el uso de: AINES, analgésicos, crioterapia y reposo.

Dentro del abordaje terapéutico, es importante la educación del paciente; la comprensión de su patología permitirá escoger la mejor opción de tratamiento, ya que existe una gran variedad de opciones de tratamiento, algunas de ellas sin clara evidencia científica.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador del espolón calcáneo puede ayudar a solucionar la mayoría de los casos; sin embargo, algunos pacientes a quienes se les ha aplicado un tratamiento correcto (conservador) durante al menos 6 meses, no ha conseguido mejorar su sintomatología.

No hay una técnica exclusiva para el tratamiento de dichas afecciones. La combinación de varias técnicas parece ser más efectivo que cualquier técnica utilizada de forma aislada por sí, salvo el uso de ondas de choque; que parece ser un gran aliado.

Es importante profundizar más sobre estudios que desarrollen este tema y así poder resolver algunas dudas como la relación existente entre el espolón calcáneo y el dolor en el talón; así como entre los espolones y la fascitis plantar y establecer cuáles son los parámetros más apropiados y correctos a la hora de aplicar un tratamiento.

6 Bibliografía

1. Manejo terapéutico de la fascitis plantar. Tribuna Médica (revista en internet) 2013 enero (acceso 8 mayo 2013); 54(1).
2. Santa Coloma E, Khoury MA. Medicina basada en la evidencia: evidencia en el manejo no quirúrgico de la fascitis plantar. Rev. Asoc. Argent. Traumatol. Deporte. 2011; 18(2):81-89.
3. García J, Pascual R, Ortega E, Martos D, Martínez F, Hernández S. Estiramientos del tendón de Aquiles para la fascitis plantar. ¿Son efectivos? Rehabilitación (Madr. Ed. impr.).2011; 45(1):57-60.
4. Tong, K.B., Furia, J., 2010. Economic burden of plantar fasciitis treatment in the United States. American journal of orthopedics (Belle Mead, N.J.) 39, 227–31.
5. Petraglia, F., Ramazzina, I., Costantino, C., 2017. Plantar fasciitis in athletes: diagnostic and treatment strategies. A systematic review. Muscles, ligaments and tendons journal 7, 107–118
6. Espolón calcáneo. Revista Podologia.com. 2005 junio (2):6-13.
7. Roxas M. Plantar Fascitis: Diagnosis and therapeutic considerations. Alternative Medicine Review, 10 (2005), pp. 83-93. Medline.

8. Orellana Molina A, Hernández Díaz A, Larrea Cox P J, Fernández Yanes S, González Méndez B M. Láser infrarrojo frente a acupuntura en el tratamiento del espolón calcáneo. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2010 Mar ; 17(2): 69-7.
9. Díaz-López AM, Guzmán P. Efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. *Rev Esp Salud Pública* 2014;88:157-178.
10. Monteagudo M, Maceira E, Garcia-Virto V, Canosa R. Chronic plantar fasciitis: Plantar fasciotomy versus gastrocnemius recession. *Int Orthop* 2013;37(9):1845-50. <https://doi.org/10.1007/s00264-013-2022-2>

Capítulo 299

EFFECTIVIDAD DE IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES POST-COVID 19

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

El coronavirus tipo II, es el causante del síndrome respiratorio agudo severo, más conocido por su abreviatura SARS- CoV 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus). Fue el causante de la pandemia del año 2020. (1)

Apareció por primera vez en la ciudad de Wuhan, en China el 12 de noviembre de 2019. Tiene su origen en la transmisión de un huésped animal a uno humano. (1,2)

El contagio se produce de una persona a otra mediante gotas de saliva.

Los principales síntomas que produce son: aparición repentina de fiebre, tos seca, cefalea, odinofagia, disnea, astenia, congestión nasal, náuseas, vómitos, diarrea, anosmia y/o disgeusia. Y sus principales complicaciones asociadas a este virus, son el síndrome de dificultad respiratoria aguda, más conocido como SDRA, insuficiencia renal, problemas de coagulación que pueden llevar a tromboembolismos, sepsis e incluso provocar la muerte. Las secuelas más importantes y frecuentes, una vez superado el virus, son la fatiga, disnea y algias articulares. (1)

Se ha comprobado, que además existen unos factores de riesgo que agravan los síntomas de los pacientes COVID, como son la diabetes, la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (EPOC), la hipertensión y las enfermedades tanto cardiovasculares como las cerebrovasculares. (1,2)

Debido a la alta prevalencia de secuelas tras sufrir el COVID-19, es necesario realizar una intervención integral e interdisciplinar, basada en una exhaustiva valoración del paciente, realizar cambios en su estilo de vida para mejorar su condición física y promover la adherencia al tratamiento. (3)

Se han buscado artículos cuya intervención fuera un programa cuyo objetivo fuera disminuir la disnea, la fatiga y conseguir aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (4-8). El inconveniente encontrado, es que existe aún baja implementación de unidades de fisioterapia respiratoria en los hospitales y la muestra de los ensayos clínicos fue pequeña debido a la emergencia sanitaria vivida en esos momentos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo ha sido valorar el efecto de aplicar fisioterapia respiratoria junto con un entrenamiento de fuerza y trabajo aeróbico en pacientes post-COVID 19, comparándolo con estos mismos pacientes antes de iniciar el tratamiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed. Debían ser ensayos controlados aleatorizados, realizados y publicados en los años 2021 y 2022. La intervención sería fisioterapia respiratoria y fortalecimiento general en pacientes post- COVID 19.

La población seleccionada debía ser mayor de 18 años, que hubieran pasado el virus Sars-Cov 2, cuyo último síntoma hubiera sido mínimo catorce días antes de comenzar el estudio. Y la intervención sería fisioterapia respiratoria, entrenamiento de la fuerza general y la capacidad aeróbica.

La medición de los resultados: valorar los efectos de aplicar fisioterapia respiratoria en un paciente post-COVID 19.

Las palabras clave fueron: "respiratory physiotherapy", "Sars-Cov2", "post-COVID 19".

Se extrajeron cinco artículos.

4 Resultados

Algunos de los pacientes presentaban morbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, obesidad, osteoporosis, cardiopatías y /o enfermedades pulmonares.

Todos los pacientes eran mayores de 50 años.

En el primer y segundo ensayo analizados (4,5), sometieron a los pacientes a un trabajo de la musculatura respiratoria con la finalidad de fortalecer el diafragma, mediante un dispositivo Threshold PEP al 60 % de su PEM. Debían realizar diez respiraciones con una resistencia de 10 cm/H₂O.

Además, realizaron respiraciones dirigidas, y en el caso del ensayo de Pancera (5), sometieron a los pacientes también a un entrenamiento de la capacidad aeróbica junto con un programa de fortalecimiento en general.

En ambos ensayos, se obtuvo una mejora significativa en la relación FEV₁/FVC del grupo experimental frente al control y una gran mejoría comparada con los valores al inicio del tratamiento. Los resultados los midieron a través de espirometrías y de las mediciones de las presiones máximas tanto inspiratorias como espiratorias. Evaluaron al inicio del tratamiento, a la mitad y al final del mismo.

En cuanto al tercer y cuarto ensayo (6,7), junto con el ensayo de Pancera (5), sometieron a los pacientes a un programa de fortalecimiento muscular, debido a que comprobaron que tras padecer neumonía causada por Covid-19, se producía una debilidad muscular del bíceps braquial y del cuádriceps principalmente, medido con dinamómetros. Se les propuso realizar un programa de ejercicios con pesas y gomas elásticas de resistencia. Realizaron tres series de diez repeticiones. Y comprobaron, que la fuerza aumentó.

Y, por último, en el quinto ensayo (8), sometieron a los pacientes a un programa de trabajo de la capacidad aeróbica, con la finalidad de mejorar la disnea y la capacidad funcional. Los pacientes realizarían de veinte a treinta minutos de cicloergómetro, seis veces a la semana. Se demostró que la resistencia y tolerancia al esfuerzo aumentó en estos pacientes, y lo verificaron con la Escala de Borg, las mediciones de la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria y la prueba de seis minutos marcha. El grado de independencia también mejoró considerablemente, medido con la escala de Barthel.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica, se evidencia que existe una mejoría significativa de los pacientes post COVID 19, con la fisioterapia respiratoria.

Se comprueba que tras el entrenamiento de la musculatura respiratoria a través de un dispositivo Threshold PEP, respiraciones dirigidas y un entrenamiento de la capacidad aeróbica y la fuerza muscular, se obtienen mejoras significativas en la resistencia, la fuerza muscular, la disnea, la percepción de la fatiga al esfuerzo, el equilibrio, la independencia y la funcionalidad de estos pacientes.

Por tanto, se evidencia que es posible mejorar la capacidad respiratoria de los pacientes post- COVID 19 con entrenamiento de la capacidad aeróbica, trabajo de fortalecimiento muscular y con contracciones del diafragma (ya sea con dispositivo Threshold PEP o con resistencia a nivel abdominal).

6 Bibliografía

1. Jutzeler CR, Bourguignon L, Weis CV, Tong B, Wong C, Rieck B, et al. Comorbilidades, signos y síntomas clínicos, hallazgos de laboratorio, características de imágenes, estrategias de tratamiento y resultados en pacientes adultos y pediátricos con COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis. *Travel Med Infect Dis.* 2020; 37 (101825):101825.
2. Wijeratne T, Crewther S. Síndrome neurológico post-COVID 19 (PCNS); Un síndrome novedoso que presenta desafíos para la comunidad neurológica mundial. *J Neurol Ciencias.* 2020; 419 (117179): 117179.
3. Martí JD, Muñoz G, Gimeno-Santos E, Balañá A, Vilaró J. Análisis descriptivo de la fisioterapia respiratoria en España. *Rehabil (Madr, Internet)* 2016; 50 (3): 160–165.
4. Liu K, Zhang W, Yang Y, Zhang J, Li Y, Chen Y. Rehabilitación respiratoria en pacientes ancianos con COVID-19: un estudio controlado aleatorio. *Complemente Ther Clin Pract.* 2020; 39 (101166):101166.
5. Pancera S, Galeri S, Porta R, Pietta I, Bianchi LNC, Carrozza MC, et al. Viabilidad y eficacia del programa de rehabilitación pulmonar en un centro de rehabilitación: Reporte de caso de un paciente joven que desarrolla síndrome de dificultad respiratoria aguda grave por covid-19. *J Cardiopulm Rehabil Anterior.* 2020; 40 (4): 205–208.
6. Piquet V, Luczak C, Seiler F, Monaury J, Martini A, Ward AB, et al. ¿Los pacientes con COVID-19 se benefician de la rehabilitación? Resultados funcionales

de los primeros 100 pacientes en una unidad de rehabilitación de COVID-19. *Rehabilitación Arch Phys Med*. 2021; 102 (6): 1067–1074.

7. Paneroni M, Simonelli C, Saleri M, Bertacchini L, Venturelli M, Troosters T, et al. Fuerza muscular y rendimiento físico en pacientes sin discapacidades previas que se recuperan de la neumonía por COVID-19. *Soy J Phys Med Rehabil*. 2021; 100 (2): 105–109.

8. Shan MX, Tran YM, Vu KT, Eapen BC. Rehabilitación hospitalaria posaguda por COVID-19. *Informe de caso de BMJ* 2020; 13 (8): e237406.

Capítulo 300

FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad con una alta incidencia en nuestros días. Es una de las principales causas de muerte en el mundo. Según la International Agency for Research on Cancer en el año 2020 se diagnosticaron aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo, teniendo en cuenta que el efecto de la pandemia de Covid 19 pudo haber interferido en los datos, encontrando probablemente un número mayor de afectados. Los síntomas asociados a esta enfermedad son múltiples, fatiga, fiebre, cambios de peso... y uno de los más importantes, es el dolor.

El dolor oncológico es un síntoma de alta prevalencia. Se manejan cifras muy variadas, dependiendo de la población a estudio, el tipo concreto de cáncer y su extensión, y el tipo de tratamiento que se esté llevando a cabo. Se estima alrededor del 24-60% en poblaciones con tratamiento más activo y una mayor incidencia, entre el 60-90% en pacientes con enfermedad avanzada o en fase terminal.

La causa del dolor oncológico es múltiple, puede estar asociado al propio tumor o a sus metástasis, puede ser debido al tratamiento y sus efectos secundarios, etc. El dolor oncológico lo podemos clasificar por su cronología, en agudo, con una duración menor a 3 meses, crónico, duración superior a 3 meses, e irruptivo o irruptor, que es aquel que se presenta sobre un dolor basal controlado.

Asimismo, se puede clasificar por su fisiopatología en: nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo tiene origen en una lesión directa sobre los tejidos, y, a su vez, se puede dividir en somático y visceral. Y el dolor neuropático es aquel que aparece como consecuencia directa de un daño sobre el sistema somatosensorial. Ante el diagnóstico de cáncer se genera un temor al dolor, acompañado de ansiedad e incertidumbre. Además, la presencia de dolor se asocia con percepciones negativas, depresión, aumento de la fatiga, disminución de la calidad de vida, problemas de sueño...

De ahí, la importancia de su abordaje partiendo de una correcta evaluación del mismo y un tratamiento multidisciplinar.

La rehabilitación en oncología tiene como objetivo el desarrollo de capacidades potenciales en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, vocacionales y educacionales por parte de un equipo multidisciplinar.

A nivel de fisioterapia, se pueden tratar, por ejemplo, posturas antiálgicas anormales, tales como el acortamiento de ambos pectorales, con protracción de la cintura escapular, dolor e inmovilidad, pudiendo llegar a una capsulitis adhesiva de hombro, en el cáncer de mama.

Se pueden usar variados agentes físicos en el tratamiento del dolor oncológico: termoterapia, TENS, fototerapia y láser. Y además, técnicas como la liberación miofascial y el tratamiento de puntos gatillo, el masaje o la cinesiterapia.

2 Objetivos

- Valorar el papel de la fisioterapia en el tratamiento de los pacientes oncológicos.

3 Metodología

Se ha procedido a la revisión sistemática sobre la importancia y efectividad del tratamiento de fisioterapia ante el paciente oncológico, usando diversas herramientas de búsqueda, tales como Google Académico y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

Se seleccionaron artículos que cumplieran los criterios de inclusión, con una antigüedad menor de 10 años y que contengan las palabras clave de Fisioterapia,

dolor, cáncer, oncológico.

4 Resultados

La fisioterapia en oncología pretende mejorar la movilidad y la elasticidad, disminuir el dolor, aumentar la actividad muscular, reducir la inflamación y mejorar la vascularización y prevenir posibles alteraciones o disfunciones.

Puede usarse en cualquier edad y en cualquier etapa del proceso oncológico, existiendo, según la clasificación que definió Dietz, cuatro fases:

- Rehabilitación preventiva.
- Rehabilitación restauradora.
- Rehabilitación de soporte o apoyo.
- Rehabilitación paliativa.

De forma general, las modalidades de terapia física que incrementen el flujo sanguíneo local no deben aplicarse en la proximidad del tumor.

La aplicación del TENS parece que puede mejorar el dolor óseo durante el movimiento y que puede tener un efecto coadyuvante asociado a otras técnicas, como por ejemplo, el bloqueo nervioso, pero los artículos consultados no marcan una clara evidencia científica.

Los beneficios de la fototerapia son complicados de medir, ya que los estudios son muy heterogéneos por la variabilidad de la administración.

El masaje terapéutico parece proporcionar un alivio inmediato, pero no es mantenido en el tiempo.

El tratamiento de cinesiterapia es la base del tratamiento rehabilitador para el dolor originado en músculos, tendones y ligamentos. La aplicación de ejercicio terapéutico sí proporciona una disminución del dolor, de la fatiga, de la disnea y del insomnio.

El ejercicio físico y la cinesiterapia mejoran el dolor oncológico y son útiles en el manejo del dolor músculo-esquelético asociado a inhibidores de la aromatasa. En general, la fisioterapia pretende evitar el deterioro de los aparatos locomotor y cardiovascular, disminuir secuelas de los tratamientos, debido a su gran agresividad, y mantener y/o mejorar la calidad de vida de los pacientes. Actuará tanto en pacientes oncológicos intervenidos quirúrgicamente como en los que únicamente han recibido un tratamiento conservador.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que la fisioterapia es fundamental que participe dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente oncológico, ya que puede ayudar a disminuir el dolor, la fatiga, la disnea y conseguir un aumento de la actividad y la fuerza muscular que proporcionen una mejora de la calidad de vida.

La Fisioterapia podrá actuar en múltiples niveles, abordando fases pre y postquirúrgicas de distintos tipos de cáncer. Igualmente, y como se ha observado anteriormente, actuará en pacientes que no hayan sido subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

No obstante, el número de estudios publicados a este respecto con una alta evidencia científica son aún escasos.

6 Bibliografía

1. Alcázar Martínez C, Martínez Robles M del P, Muñoz Jiménez PM. Abordaje fisioterapéutico en pacientes inmersos en tratamientos oncológicos. Revista Sanitaria de Investigación. 2022 Aug 13. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-fisioterapeutico-en-pacientes-inmersos-en-tratamientos-oncologicos/>.
2. Sokolof JM, Aghalar MR, Stubblefield MD. Physical rehabilitation for cancer survivors. Disponible en: <https://www-uptodate-com.2020>.
3. Jordá Llona M, Béseler Soto MR, Pérez Palau L. Tratamiento rehabilitador en el paciente oncológico. Ferrer Albiach C, editor. Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer. 2021; 102–10.
4. Cajo JEC, Asqui AIL, Quiñonez MLB. La fisioterapia en personas con tratamientos oncológicos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023 Feb 21; 7(1):5668–81.

Capítulo 301

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DESDE LA FISIOTERAPIA

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

La mejora en la esperanza de vida ha generado un aumento del número de personas en edad avanzada.

El envejecimiento es un proceso fisiológico que genera cambios a nivel biológico, tanto físicos como cognitivos. Alguno de estos cambios son disminución de masa muscular, reducción de la flexibilidad de los tejidos, disminución de la capacidad respiratoria, limitación articular, disminución de la agudeza visual...

Estas modificaciones favorecen la aparición de las caídas. Según la OMS se puede definir caída como “acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.

Las caídas suponen un importante problema de salud para las personas mayores y, además, generan un elevado coste económico.

Las posibles causas de las caídas se pueden dividir en intrínsecas y extrínsecas. Dentro del primer grupo, el principal factor de riesgo es la edad, junto con la presencia de enfermedades agudas o crónicas, sobre todo si son coexistentes, y la polifarmacia. En la categoría de extrínsecas, se encuentra todo lo relacionado con el entorno de la persona. Se puede considerar la edad como el mayor factor de riesgo de las lesiones por caídas.

La prevalencia de las caídas en las personas de edad avanzada es alta. Como consecuencia de las mismas se puede generar un miedo a caer que no hace, sino acrecentar el riesgo de un nuevo accidente. Asimismo, y como resultado de la caída, se pueden provocar lesiones, fracturas, institucionalización e, incluso, muerte.

La Fisioterapia colabora en la promoción, prevención, curación y recuperación de la salud de las personas fomentando su independencia. Por lo que podrá influir en la prevención de las caídas desde varios aspectos, como son el tratamiento de patologías tanto agudas como crónicas, el entrenamiento en el control de la postura y el equilibrio, el trabajo de la debilidad muscular.

Específicamente, existe un programa de prevención de caídas en Fisioterapia llamado Otago. Está diseñado para reducir el número de caídas mediante el incremento de la fuerza y del equilibrio.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es identificar y evaluar la eficacia de un programa de Fisioterapia en la prevención de las caídas en los ancianos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de valorar la eficacia de la Fisioterapia en la prevención de las caídas en las personas mayores, usando diversas herramientas de búsqueda, tales como Google Académico y bases de datos, Pubmed, Medline y Scielo. Se seleccionaron artículos que cumplieran los criterios de inclusión, que son una antigüedad menor de 10 años y que contengan las palabras clave de Fisioterapia, caída, Otago, anciano.

4 Resultados

De los estudios se desprende que el ejercicio adecuado, realizado siempre bajo la dirección de un profesional como el Fisioterapeuta, es eficaz para mejorar el

equilibrio en las personas mayores. No obstante, casi toda la evidencia encontrada habla del ejercicio de forma general y no se encuentra mucha diversidad de artículos en distintas metodologías.

A nivel de la eficacia del método Otago, los resultados muestran que dicho programa realizado de forma grupal, y siempre a través de un Fisioterapeuta, aporta beneficios, tanto físicos como psíquicos en las personas mayores. En la mayor parte de los estudios, los resultados se han encontrado con la realización de este programa con una frecuencia entre dos y tres veces a la semana.

También se demuestra en los artículos que un programa de ejercicios de reentrenamiento de la fuerza muscular y el equilibrio después de una caída mejora exponencialmente la tasa de caídas posteriores.

Asimismo, se extrae la conclusión de que hay una mayor eficacia si se incluyen ejercicios de equilibrio y no solo de trabajo de fuerza muscular.

También es mayor el beneficio si se realizan ejercicios de manera individual o, si es en un grupo, en individuos con características similares.

Igualmente, se puede tener en cuenta que la realización de este tipo de actividades se pueden hacer en ancianos institucionalizados o a través de la Fisioterapia en su propio domicilio. En este último caso, además de trabajar algunos aspectos descritos anteriormente, tales como la fuerza, el equilibrio, la orientación..., se pueden modificar los espacios, retirando objetos peligrosos, como por ejemplo, alfombras, y creando un ambiente más seguro en el que se reduzcan de forma más notable los riesgos de sufrir una caída en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio es un pilar básico como intervención en la prevención de caídas, ya que ha quedado demostrado que el deterioro de la fuerza muscular y del control postural deficiente aumentan la posibilidad de caerse; y los fisioterapeutas somos profesionales cualificados para la realización de actividad controlada.

Deben realizarse un programa integral que combine fortalecimiento muscular, equilibrio y entrenamiento de la resistencia.

Las caídas en las personas mayores generan un importante grado de incapacidad, con elevados costes económicos asociados e, incluso, pueden llegar a provocar el fallecimiento de la persona. Por eso es tan importante la realización de estas actividades por parte del Fisioterapeuta.

6 Bibliografía

1. Liu-Ambrose, T., Davis, J. C., Best, J. R., Dian, L., Madden, K., Cook, W., ... Khan, K. M. (2019). Effect of a Home-Based Exercise Program on Subsequent Falls Among Community-Dwelling High-Risk Older Adults After a Fall: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 321(21), 2092–2100. doi:10.1001/jama.2019.5795
2. Sherrington C, Tiedemann A. Physiotherapy in the prevention of falls in older people. *Journal of Physiotherapy* [Internet]. 2015 Apr;61(2):54–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955315000120>
3. Pérez Miras AR. Síndrome de las caídas en el anciano: valoración y tratamiento en fisioterapia. Publicaciones didácticas; 2018.
4. Gonzalez-Lozano L, Fernandez-Fernandez M, Rodriguez-Nachon MJ, Vicente-Anton MJ, Cidoncha-Moreno MA, Gonzalez-Pisano AC. Relationship between falls and sedentary lifestyle after implementation of the Otago multicomponent exercise program (Relación entre caídas y sedentarismo tras la implantación del programa de ejercicios multicomponente de Otago). *RqR Quantitative and Qualitative Research, Enfermería Comunitaria*. 2022 Aug; 10 (3): 07-21.

Capítulo 302

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN UN PACIENTE TRAS CIRUGÍA DE MANGUITO ROTADOR DE HOMBRO

LAURA RODRIGUEZ LOZANO

JOSÉ VICENTE BELLÓN FLORES

SANDRA ARCAS DOMÍNGUEZ

GUILLERMO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL BAEZA MONSALVE

1 Introducción

El dolor de hombro es el tercer problema musculoesquelético más común, después del dolor de espalda y rodilla. El hombro está formado por un conjunto de varias articulaciones. Las características de este complejo, movilidad mayor que otras articulaciones y gran amplitud en todos los ejes y planos del espacio, lo hacen vulnerable ante las lesiones. Las causas más frecuentes de daño son lesiones deportivas, accidentes laborales o deterioro articular o tendinoso.

La patología de hombro genera gran impotencia funcional para la realización de actividades cotidianas habituales.

El dolor de hombro es una de las causas más frecuentes de consulta a profesionales. La Fisioterapia es la primera línea de tratamiento en el manejo conservador

del dolor hombro. La Fisioterapia pretende ofrecer un tratamiento eficaz para disminuir las molestias del paciente, sea cual sea su patología de base. Si no trata de manera correcta y temprana, las patologías de esta articulación son muy propensas a la cronicidad y al aumento de la invalidez.

En pacientes en los que el tratamiento conservador no ha sido suficiente puede estar indicada la intervención quirúrgica. Posteriormente, se iniciará un tratamiento rehabilitador que debe seguir el proceso biológico de reparación y estará adaptado también a la magnitud de la cirugía.

2 Objetivos

Valorar la efectividad de un plan de tratamiento de Fisioterapia en el postoperatorio de la cirugía de hombro que nos ocupa.

3 Caso clínico

Varón de 40 años que acude al servicio de Rehabilitación tras intervención para reparación del tendón supraespinoso derecho practicada hace un mes. No tiene antecedentes clínicos de interés. Su profesión es pintor y a nivel deportivo no realiza ninguna actividad. Presenta dolor e incapacidad funcional que limita la actividad diaria del paciente, su actividad laboral y repercute en una disminución de su calidad de vida.

Se realiza valoración de Fisioterapia, con los siguientes resultados: la escala EVA para el dolor muestra un valor de 4 en reposo y 7 en movimiento.

Valoración articular:

- Flexión: activa 45°; pasiva 90°.
- ABD (Separación): activa 30°; pasiva 70°.
- Rotación externa: activa 0°; pasiva 5°.
- Rotación interna: activa 0°; pasiva 5°.

En la valoración muscular, y siguiendo la escala Daniels, se observa de forma general un grado 4 para la flexión y las rotaciones y un grado 3 para la ABD.

Se objetiva cicatriz en la cara anterior del hombro, ligeramente adherida en la zona superior y con una leve alteración de la sensibilidad a la palpación.

El tratamiento se extendió durante 3 meses, con frecuencia diaria y aproximadamente una hora de duración.

Como tratamiento se utiliza termoterapia superficial, terapia manual y crioterapia al finalizar cada sesión.

Se utilizan maniobras para intentar ganar amplitud de movimiento, con deslizamientos anteriores, posteriores y caudales de la cabeza humeral. Al inicio han consistido en técnicas pasivas suaves de tracción y traslación. Conforme el dolor fue disminuyendo se fue aumentando el rango de movilidad. Asimismo, se realizó tratamiento de las zonas adyacentes, con especial interés en la columna cervical y en la escápula.

Se realizó también masaje de cicatriz tipo Cyriax y técnicas de liberación fascial en la misma.

Durante todo el tratamiento se le instruye en la realización de ejercicios autopa-sivos y mantenimiento de alguna postura osteoarticular para hacer al paciente parte activa e importante del proceso.

Hacia el final del tratamiento se incrementó el fortalecimiento de la musculatura y la propiocepción para mejorar la estabilidad articular.

4 Discusión-Conclusión

Al alta el paciente había conseguido una mejora en el grado de dolor, un aumento de la amplitud articular y de la fuerza muscular de forma general.

Se eliminó la adherencia de la cicatriz prácticamente de forma completa, quedando una leve molestia en la cara anteroinferior. Mejoró el tono muscular y el rango de movimiento tanto activo como pasivo.

Por tanto, se ha podido comprobar que el tratamiento de Fisioterapia proporciona una óptima recuperación tras la cirugía de reparación de manguito rotador. Son muchos los protocolos que se pueden encontrar referentes a los distintos plazos y técnicas que se deben utilizar tras una cirugía como la que nos ocupa. Como consideraciones generales podemos tener en cuenta que es muy importante el tratamiento de la musculatura escapular y su posterior fortalecimiento para impedir la perpetuación del dolor. Además, y según varios protocolos consultados previamente, no se debería comenzar la potenciación de la musculatura antes de la octava semana.

5 Bibliografía

1. Paricio Úbeda M. Intervención fisioterápica tras una reparación artroscópica por una rotura del tendón supraespinoso. A propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación [revista en internet]
2. Toledo J. V y Hernández S. Fisioterapia en la patología del manguito rotador. Manejo conservador y tras la cirugía. En: Seco J. Fisioterapia en Especialidades

Clínicas. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S. A. 2016. 125-138.

3. Rodríguez P. y Hernández B. Plan de tratamiento conservador en la patología del manguito rotador [TFG]. Repositorio de la Universidad de la Laguna; 2018 junio.

Capítulo 303

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TERAPIA ESPEJO PARA PALIAR EL DOLOR DE MIEMBRO FANTASMA EN PACIENTES AMPUTADOS

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

El dolor de miembro fantasma o DMF es un dolor de origen neuropático que, normalmente, se percibe en el territorio que estaba ocupado por la extremidad amputada. El fenómeno de miembro fantasma presenta 3 elementos diferentes: dolor de muñón, sensaciones fantasmas y DMF, estos elementos suelen coexistir en los pacientes. El DMF tiene diferentes intensidades según el paciente que lo experimenta y suelen describirlo como ardor, dolor lacerante, calambres...

En torno al 60-90% de los pacientes amputados sufren DMF, cosa que afecta a su calidad de vida y, por tanto, a su reintegración social y profesional. La incidencia es mucho más alta en pacientes que han sufrido una pérdida traumática de la extremidad. A pesar de la gran incidencia de pacientes que lo sufren, el DMF sigue siendo un enigma.

La terapia espejo se realiza colocando un espejo de forma que el paciente vea reflejado el miembro sano en el lugar que debería ocupar el miembro amputado y se le pide que realice movimientos con la extremidad sana, mientras con el amputado se intentan imitar estos movimientos, con la intención de que el paciente perciba el reflejo como si fuese el miembro amputado. La teoría que se maneja es que a través de esta terapia se produce una reorganización cortical que contribuye a mejorar el fenómeno fantasma, dentro del cual conlleva la reducción del DMF.

2 Objetivos

- Valorar el efecto del tratamiento a través de la terapia espejo en el alivio del dolor de miembro fantasma en pacientes amputados.
- Comprobar la evidencia científica actual disponible, en cuanto a la intervención con terapia espejo en pacientes amputados que presentan dolor de miembro fantasma.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica, para ello, utilizamos la base de datos científica Google Scholar. La búsqueda se realizó utilizando los términos “terapia espejo” “dolor de miembro fantasma”. Tras la búsqueda se obtuvieron 3810 resultados de los cuales tuvimos que realizar descartes; en primer lugar, filtramos la búsqueda en los artículos publicados entre 2019 y 2023, tras lo cual, obtuvimos un total de 1120 resultados. Haciendo un análisis exhaustivo de los resultados decidimos seleccionar aquellos artículos que consistían en la realización de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos sobre el tema, de forma que 2 de los artículos cumplieran con los criterios de inclusión seleccionados de forma previa.

4 Resultados

El primer artículo analizado se trata de una revisión sistemática sobre el tratamiento del DMF con terapia espejo se analizaron 17 estudios de las diferentes bases de datos, entre los cuales se encuentran estudios de casos y ensayos clínicos. De los estudios analizados se obtuvieron los siguientes hallazgos:

La terapia espejo ha facilitado la reducción del DMF, así como los episodios de dolor diario y su duración. Aunque no se puede decir que exactamente esta terapia haya sido la causa, puesto que se llevó a cabo junto con otros tratamientos, pero sí se puede decir que contribuyó a los resultados y que dichos resultados se mantuvieron con el paso del tiempo.

También se halló una gran mejora a nivel funcional, en el edema de la extremidad amputada, en el estado de ánimo de los pacientes, en la calidad del sueño y en la tolerancia a la prótesis.

El segundo artículo analizado consistía en un estudio cruzado único en el que 60 pacientes amputados fueron divididos en 2 grupos: el grupo control, que realizaría ejercicios con el espejo cubierto durante las 4 primeras semanas de tratamiento y las 4 semanas siguientes con el espejo descubierto, mientras que el grupo de intervención realizó los ejercicios con el espejo descubierto durante las 8 semanas.

En el grupo intervención se redujo de forma significativa el DMF a las 4 y 8 semanas. El dolor continuo e intermitente desapareció al final de la semana ocho, y al final de la semana dieciséis solo quedaba un dolor leve. Algunos lo experimentaban solo una vez al mes o menos, disminuyéndose también la puntuación media del dolor experimentado. En el grupo control no hubo cambios significativos en la puntuación de dolor en las 4 semanas iniciales con el espejo cubierto, pero cuando se descubrió después de cuatro semanas sí que hubo disminución en la puntuación del dolor.

En este caso se puede decir que se asocia los resultados positivos en cuanto a la reducción del DMF con el uso de la terapia espejo.

5 Discusión-Conclusión

Tras un análisis exhaustivo de los artículos analizados, se puede afirmar que la Terapia Espejo parece un método válido para lidiar con el Dolor del Miembro Fantasma (DMF), además de ser sencillo y económico, por lo que, tras realizar una formación previa con ayuda del fisioterapeuta, los pacientes podrían llevarla a cabo en sus propios domicilios, de forma autónoma o con ayuda de sus familiares.

Según lo obtenido, quedan diferentes aspectos por matizar con respecto al uso de la terapia espejo como cuál es el momento más indicado para comenzar el uso de la terapia espejo o su efectividad real en comparación con otros tratamientos.

6 Bibliografía

Campo-Prieto, P., & Rodríguez-Fuentes, G. (2018). Efectividad de la terapia de espejo en el dolor del miembro fantasma. Una revisión actual de la literatura. *Neurología*, , 1–14.

Ramadugu, S., Nagabushnam, S.C., Katuwal, N., & Chatterjee, K. (2017). Intervention for phantom limb pain: A randomized single crossover study of mirror therapy. *Indian journal of psychiatry*, 59(4), 457- 64. India

Capítulo 304

EFFECTIVIDAD DEL ABORDAJE DE FISIOTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA TENDINITIS CALCIFICADA DEL SUPRAESPINOZO.

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La calcificación de un tendón sucede cuando en él se depositan cristales de calcio en su interior. Mayormente, estas calcificaciones suelen producirse en la musculatura que forma el manguito rotador, que son 4 músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo, menor y subescapular.

La localización más común de estos depósitos de calcio en el manguito rotador es en el tendón del músculo supraespinoso (80% del total de casos), a continuación, el músculo infraespinoso (15% del total de casos); y seguido del subescapular (5% restante).

En la actualidad se desconoce la causa que la produce y aparentemente no guarda relación con la dieta del paciente, pero sí se relaciona con patologías como el hipotiroidismo y la diabetes. Suele presentarse en pacientes de mediana edad, siendo algo más frecuente en mujeres que en hombres.

Los síntomas que presentan los pacientes que presentan tendinitis calcificada en el músculo supraespinoso son:

- Dolor mecánico al realizar las actividades de la vida diaria. En casos bastante avanzados el dolor existe incluso en reposo o a la palpación.
- Pérdida o limitación de la movilidad de la articulación del hombro.
- Signos inflamatorios como puede ser una leve hinchazón o aumento de la temperatura en la zona.
- En ocasiones, la calcificación puede irritar/comprimir un nervio, provocando dolor y hormigueo a lo largo de todo el brazo.

La tendinitis calcificada del músculo supraespinoso se puede diagnosticar fácilmente a través de una radiografía, una ecografía o mediante un TAC.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar la eficacia del tratamiento con ondas de choque en el tratamiento de la tendinitis calcificada del músculo supraespinoso.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica, para ello, utilizamos la base de datos científica Google Académico, debido a la gran cantidad de evidencia encontrada solo se utilizó esta base de datos. Los términos usados para realizar la búsqueda han sido (“tendinitis calcificada” and “supraespinoso” and “ondas de choque”). Tras la búsqueda obtuvimos 129 resultados, los cuales tuvimos que reducir; en primer lugar, filtramos la búsqueda en los artículos publicados en los últimos 5 años, tras lo cual, obtuvimos un total de 20 resultados. Haciendo un análisis exhaustivo de los estudios obtenidos, decidimos que 2 de los artículos cumplían con los criterios de inclusión seleccionados de forma previa.

4 Resultados

De la búsqueda realizada en PubMed obtuvimos 20 resultados, tras realizar una revisión de los artículos encontrados nos quedamos con 2 de ellos, todos los artículos seleccionados cumplían con las normas establecidas al inicio de realización de la búsqueda, descartamos todos aquellos en los que no se comparaba el tratamiento con ondas de choque con otros tratamientos de fisioterapia.

En el primer estudio analizado se realizó un ensayo clínico cuyo objetivo era conocer la efectividad en cuanto al dolor de la tendinitis calcificada del supraespinoso, en el que participaron 82 pacientes que se dividieron en 2 grupos: el grupo de control recibió tratamiento a través de iontoforesis con ácido acético al 2%; mientras que el grupo experimental recibió tratamiento a través de ondas de choque. Se realizaron 2 mediciones del dolor a través de la escala EVA; en la medición inicial el grupo control presentó una media de 7,9 puntos, mientras que el grupo experimental presentó una media de 8,2 puntos. En la medición final, el grupo control presentó una media de 3,7 puntos y el grupo experimental una media de 3,9 puntos. En conclusión, se determinó que ambos tratamientos son prácticamente igual de efectivos para lograr el alivio sintomático y disminuir el tamaño de la calcificación.

En el segundo estudio analizado se realizó un ensayo clínico en el que el objetivo era comprobar la eficacia del tratamiento con ondas de choque para aliviar el dolor y mejorar el rango de movimiento en la tendinitis calcificada del supraespinoso. En el estudio participaron 80 pacientes que fueron divididos en 2 grupos de tratamiento: el grupo de estudio, que recibió tratamiento de fisioterapia convencional y ondas de choque (1 vez por semana durante 4 semanas); y el grupo control, que solo recibió fisioterapia convencional (5 veces por semana durante 4 semanas). Una vez finalizados ambos tratamientos se observaron diferencias significativas entre los 2 grupos, obteniéndose mejores resultados en cuanto al dolor y el rango de movimiento en los pacientes pertenecientes al grupo de estudio.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los estudios elegidos, podemos concluir que, el tratamiento con ondas de choque tiene una alta efectividad en el tratamiento del dolor que genera la tendinitis calcificada del músculo supraespinoso, siendo prácticamente igual de efectiva que el tratamiento con iontoforesis con ácido acético al 2%; y siendo significativamente más efectivo que el tratamiento convencional de fisioterapia.

Se ha demostrado que el uso del tratamiento con ondas de choque en tendinitis calcificada del supraespinoso no solo es eficaz en el alivio del dolor que produce dicha patología, sino que, también produce mejoras en el rango de movimiento y en la funcionalidad del hombro afectado, aparte, de reducir considerablemente el tamaño de la calcificación.

No obstante, a pesar de la extensa bibliografía existente sobre el tratamiento de la tendinitis calcificada del supraespinoso con ondas de choque, se puede afirmar

que es necesario realizar aún más investigaciones sobre la eficacia de las ondas de choque, principalmente comparando su eficacia como tratamiento individual frente a su eficacia como tratamiento combinado con otras terapias como puede ser el ultrasonido, el vendaje neuromuscular o el ejercicio físico. Y, sobre todo, estudios que determinen que intensidades y frecuencias son más efectivas para conseguir una mejora de la sintomatología.

6 Bibliografía

1. Martínez LT, Bravo AT, Martín CJ, et al. Efectividad de las ondas de choque o iontoforesis en la tendinitis calcificada del supraespinoso. *Rev Cub de Med Fis y Rehab.* 2019;11(2):1-18.
2. Duymaz T, Sindel D, Comparison of Radial Extracorporeal Shock Wave Therapy and Traditional Physiotherapy in Rotator Cuff Calcific Tendinitis Treatment. *Arch Rheumatol.* 2019; 34(3):281-287. Published 2019 Jan 28.

Capítulo 305

EFECTIVIDAD DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS PARA LA EPICONDILITIS LATERAL

MARIO GARCÍA MARTÍN

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MIRIAN MORATO LÓPEZ

1 Introducción

La recuperación de las lesiones dentro del sistema musculoesquelético humano es un proceso complejo que depende de muchos factores. A nivel celular, el proceso de regeneración depende de los factores de crecimiento que se almacenan en los gránulos de las plaquetas. La investigación sobre el potencial biológico de las plaquetas ha ido desarrollándose a lo largo de los últimos años y se han desarrollado técnicas para la preparación de concentrados ricos en plaquetas.

Actualmente, las preparaciones autólogas de plasma rico en plaquetas (PRP) se utilizan cuando el tratamiento conservador no ha sido útil y es de difícil curación la unión ósea o en entesopatías, incluida la epicondilitis lateral. El PRP es un producto sanguíneo autólogo procesado para obtener concentraciones 10 veces los niveles fisiológicos normales.

Las plaquetas concentradas en PRP ayudan a mediar la liberación de varios factores de crecimiento como:

- factor-b (TGF-b)
- factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1)
- factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF)
- factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y otras moléculas pequeñas.

El PRP tiene funciones de regeneración tisular como el reclutamiento celular, proliferación y angiogénesis.

La epicondilitis, también conocida como “codo de tenista”, es una inflamación en la inserción de los tendones de los músculos extensores de la muñeca con inserción en el epicóndilo (I y II radial, cubital posterior, extensor de los dedos y supinador corto y largo. Es causado por extensión repetitiva, desviación radial y/o supinación de la de muñeca. Tiene un alto nivel de incidencia en pacientes de 40-60 años.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Comprobar la efectividad del uso de plasma rico en plaquetas para el tratamiento de la epicondilitis lateral del codo.

Objetivo secundario:

Comparar el uso del plasma rico en plaquetas con otras técnicas

3 Metodología

Para la realización de esta revisión sistemática se procedió a realizar la revisión bibliográfica utilizando la base de datos científica Pubmed. Los términos utilizados han sido (“epicondylitis” and “platelet rich plasma” and “rehabilitation”). Tras la búsqueda obtuvimos 36 resultados, de los cuales se hicieron descartes. Filtramos la búsqueda de artículos entre 2019 y 2023, tras lo cual nos quedamos con 25 artículos y decidimos que 3, fueron los que cumplían los requisitos que buscábamos.

4 Resultados

Se han obtenido varios resultados de los artículos seleccionados que se plasman a continuación:

En el artículo, “Effectiveness of Platelet-Rich Plasma for Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-analysis Based on Achievement of Minimal Clinically Important Difference”. Se observa que después de la inyección del plasma rico en plaquetas, las puntuaciones mejoraron significativamente desde el inicio hasta cada tiempo de seguimiento con la excepción del auto-cuestionario PRTEE para la epicondilitis lateral en las que no hay diferencias significativas en las semanas del seguimiento. En el resto de escalas o cuestionarios como la escala DASH (discapacidad de brazo, hombro y mano); EVA (escala analógica visual) y el índice de desempeño de Mayo Clinic se han obtenido resultados favorables.

En el artículo “Autologous blood and platelet-rich plasma injection therapy for lateral elbow pain”. Se incluyeron 32 estudios con 2337 participantes; Diez ensayos compararon PRP con inyección de placebo. Quince ensayos estudiaron el uso de PRP con inyección de glucocorticoides. Dos ensayos compararon PRP más órtesis para el codo de tenista y ejercicio versus órtesis para el codo de tenista y ejercicio. Dos ensayos compararon la inyección de PRP con la cirugía, y un ensayo comparó la inyección de PRP y la punción seca con la punción seca sola. Otras comparaciones incluyen sangre autóloga versus terapia con ondas de choque extracorpóreas; PRP versus cirugía artroscópica; PRP versus láser.

La mayoría de los estudios tuvieron riesgo de sesgos de selección, realización y detección, principalmente debido a un ocultamiento inadecuado de la asignación y a la falta de cegamiento de los participantes. Se encontró evidencia de certeza moderada que el uso de plasma rico en plaquetas probablemente no proporciona una mejoría clínicamente significativa en el dolor o la función en comparación con la inyección de placebo a los tres meses. Además, la evidencia de certeza baja sugiere que el PRP puede no aumentar el riesgo de eventos adversos. No se sabe si el uso de PRP mejoran el éxito del tratamiento (rebajado por sesgo, imprecisión, e direccionalidad) o retiros debido a eventos adversos (rebajado por sesgo y dos veces por imprecisión).

El artículo “The Efficacy of Platelet-Rich Plasma for Improving Pain and Function in Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-analysis” se compararon estudios con corticoesteroides para la epicondilitis lateral utilizando escala EVA, DASH y Mayo Clinic. Los pacientes que recibieron PRP informaron una mejoría en las puntuaciones, aunque no de manera significativa. A los 6 meses, los pacientes recibieron una reducción del dolor.

5 Discusión-Conclusión

En general, los estudios analizados en la literatura sobre epicondilitis lateral apoyan la eficacia del uso de PRP para reducir el dolor y la mejora de la funcionalidad del paciente. A pesar de esto, se necesitan mas ensayos de PRP para alcanzar resultados clínicamente significativos, ya que la comparabilidad entre estudios se obstaculiza por la preparación, la formulación, el uso del PRP, la multitud de tratamientos comparadores y la falta de seguimiento. Aún así, los autores no pueden respaldar ni desalentar el uso de PRP para la epicondilitis lateral, aunque se hayan encontrado mejoras estadísticamente significativas en el dolor y en los resultados funcionales del paciente.

6 Bibliografía

1. Niemiec, P., Szyluk, K., Jarosz, A., Iwanicki, T., & Balcerzyk, A. (2022). Effectiveness of Platelet-Rich Plasma for Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-analysis Based on Achievement of Minimal Clinically Important Difference. *Orthopaedic journal of sports medicine*, 10(4), 23259671221086920. <https://doi.org/10.1177/23259671221086920>.
2. Karjalainen, T. V., Silagy, M., O'Bryan, E., Johnston, R. V., Cyril, S., & Buchbinder, R. (2021). Autologous blood and platelet-rich plasma injection therapy for lateral elbow pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD010951. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010951.pub2>.
3. Chen, X. T., Fang, W., Jones, I. A., Heckmann, N. D., Park, C., & Vangsness, C. T., Jr (2021). The Efficacy of Platelet-Rich Plasma for Improving Pain and Function in Lateral Epicondylitis: A Systematic Review and Meta-analysis with Risk-of-Bias Assessment. *Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association*, 37(9), 2937–2952. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2021.04.061>.

Capítulo 306

ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO MEDIANTE TRATAMIENTO CON PILATES

MIRIAN MORATO LÓPEZ

ANA MARÍA MARTÍN TALAVERA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MARIO GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

El dolor lumbar inespecífico, es una patología que conlleva dolor en la zona lumbar entre L1 y L5, de alta prevalencia en nuestra sociedad, que se da en todos los rangos de edad y sin distinción en cuanto a sexo. En este artículo analizamos la lumbalgia inespecífica, dicha patología se considera inespecífica ya que no se obtiene una causa que la justifique, ni a la exploración, ni con pruebas de imagen. Esta patología se considera inespecífica ya que dicho dolor es de causa multifactorial, aún no se ha obtenido la causa desencadenante influyen diferentes factores como son: postura, sedentarismo, factores biológicos, psicosociales, sobrepeso, entre otros.

Esta patología que conlleva un alto coste económico a nivel sanitario, alto grado de absentismo laboral y deterioro de la calidad de vida en todos aquellos pacientes que la padecen.

Ya que el tratamiento de dolor lumbar mediante el uso del método Pilates es una forma de tratamiento fisioterápico ampliamente utilizada en la comunidad, en este artículo queremos analizar mediante evidencia científica actual, su utilidad y eficacia.

Queremos objetivar su utilidad o no en la mejoría a nivel funcional, reducción del dolor y mejora de la calidad de vida de los pacientes que padecen lumbalgia.

2 Objetivos

Reducir el dolor de zona lumbar mediante el uso de ejercicio con el método Pilates.

Mejorar la movilidad y calidad de vida del paciente con lumbalgia inespecífica.

Obtener evidencia científica en la utilización del método Pilates como forma de tratamiento.

3 Metodología

Realizamos mediante una amplia búsqueda bibliográfica de artículos de menos de cinco años de antigüedad en la base de datos pubmed la búsqueda de los artículos necesarios para hacer nuestro estudio.

Seleccionamos tres artículos todos ellos son revisiones bibliográficas.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: fisioterapia, Pilates, ejercicio terapéutico, dolor lumbar inespecífico, rehabilitación, y sus homónimas en inglés physiotherapy, programme of exercise, chronic non-specific low back pain, rehabilitation. También utilizamos los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Los resultados obtenidos según la bibliografía consultada son los siguientes:

El primero de dichos artículos es una revisión en la que se han incluido un total de 118 ensayos. En ellos se compararon con el grupo control, obteniendo de resultado que todos los tipos de ejercicios evaluados fueron efectivos en la reducción del dolor y mejora de la incapacidad, con dos únicas excepciones, los estiramientos no mostraron una disminución clara del dolor y, el método McKenzie no mostró una mejoría clara de la discapacidad.

Los métodos o tipos de ejercicio que mejores resultados aportaron en la reducción del dolor fueron Pilates, mind body y ejercicios de core. Con los que mejores

resultados se ha obtenido en cuanto a la disminución de la discapacidad fueron Pilates, ejercicios de fuerza y ejercicios de core. El método Pilates fue el que mejores resultados aportó en la disminución de la incapacidad y el dolor.

En la segunda de dichas revisiones se incluyó un total de 217 ensayos. Los resultados que aportaron las mismas fueron que la utilización del ejercicio como método de tratamiento para la reducción del dolor y mejora de la funcionalidad es más efectiva que la ausencia de tratamiento. Los métodos analizados que mejores resultados obtuvieron según este artículo fueron el método Pilates, Mckenzie y el trabajo mediante ejercicio funcional. Todos ellos son los que más redujeron el dolor de los pacientes. En cuanto a la mejora de la función, según los resultados de este artículo se obtiene que los ejercicios de flexibilidad son los más efectivos. En la tercera y última de dichas revisiones, se incluyen un total de siete artículos donde el método Pilates es el que obtuvo resultados más significativos en la reducción del dolor articular y muscular y, mejora en la funcionalidad. En este tratamiento los autores consideran que con el método Pilates se obtiene una buena adherencia al grupo, aunque dicha adherencia es pobre en el tratamiento domiciliario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir basándonos en los resultados de los tres artículos seleccionados que, se considera el método Pilates como un programa de los más beneficiosos en la reducción del dolor lumbar, mejora de la función y reducción de la discapacidad de los pacientes.

Además, añadimos que es fundamental alentar al paciente con dolor lumbar en la práctica de ejercicio pese a sus reticencias, gran parte de los pacientes padecen kinesiofobia debido al dolor lumbar, para mejorar la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, el método Pilates es un método eficaz según la evidencia científica actual como forma de tratamiento del dolor lumbar inespecífico.

6 Bibliografía

1.Fernández-Rodríguez R, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutiérrez S, Pascual-Morena C, Martínez-Vizcaino V. Best Exercise Options for Reducing Pain and Disability in Adults With Chronic Low Back Pain: Pilates, Strength, Core-Based, and Mind-Body. A Network Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2022 Aug;52(8):505-521. doi: 10.2519/jospt.2022.10671. Epub 2022 Jun 19. PMID: 35722759.

2. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Stewart SA, Bagg MK, Stanojevic S, Yamato TP, Saragiotto BT. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother.* 2021 Oct;67(4):252-262. doi: 10.1016/j.jphys.2021.09.004. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34538747.
3. Denham-Jones L, Gaskell L, Spence N, Pigott T. A systematic review of the effectiveness of Pilates on pain, disability, physical function, and quality of life in older adults with chronic musculoskeletal conditions. *Musculoskeletal Care.* 2022 Mar;20(1):10-30. doi: 10.1002/msc.1563. Epub 2021 May 24. PMID: 34028164.

Capítulo 307

FISIOTERAPIA EN LA FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL. EL PERSONAL FISIOTERAPEUTA

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 fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia en la fractura de diáfisis femoral. La fractura de diáfisis femoral esta localizada entre la zona subtrocantérea hasta la metáfisis del fémur, este tipo de fractura no se extiende a la metáfisis ni a la región articular.

2 Objetivos

Explicar qué es la fractura de diáfisis femoral por parte del personal fisioterapeuta.

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 consideran como fracturas diafisiarias de fémur las localizadas en un amplio margen que se extiende desde la zona subtrocantérea hasta la metafisiaria distal del fémur.

El fémur está rodeado en la diáfisis por una masa muscular voluminosa y es un tubo cilíndrico de hueso cortical con una suave curva de convexidad anterior. Esta estructura resiste importantes cargas axiales y momentos de flexión y torsión.

Las fracturas femorales se deben, con frecuencia, a traumatismos de alta energía, como accidentes de tránsito. En el paciente politraumatizado se asocian a otras fracturas y a lesiones viscerales. El fémur del anciano osteoporótico puede sufrir fracturas de fémur, a veces, complejas, con traumatismos de baja energía. La diáfisis femoral es también asiento de fracturas patológicas en lesiones metastáticas. Las fracturas pueden presentarse en cualquier edad, pero cada tipo de fractura tiene una especial predilección en consonancia con la edad, de tal modo que si el

aspecto máximo de incidencia suele estar entre los 7-45 años, hay determinados tipos, como las de cadera, que son más frecuentes en los ancianos, las supracondíleas de húmero en el niño y las diafisarias de huesos largos en adultos jóvenes.

A causa de las grandes masas musculares que rodean la diáfisis femoral, existe gran posibilidad de desplazamiento de la fractura de referencia, lo cual hace difícil obtener un resultado favorable con el tratamiento conservador. Esta es una de las razones que justifican el tratamiento quirúrgico de este tipo de fractura en los pacientes adultos. Uno de los primeros reportes en el tratamiento quirúrgico fue realizado por Küntscher en el año 1939 al presentar un paciente operado con un dispositivo intramedular en la Sociedad Médica de Kiel, posteriormente este autor reporta 12 casos en que utiliza este nuevo dispositivo en la Sociedad Quirúrgica de Berlín. Aunque este método al principio no logró los resultados esperados, fue rediseñado durante la Segunda Guerra Mundial, pero en esta ocasión se obtuvieron resultados más alentadores. A partir de esta etapa, los métodos quirúrgicos se han desarrollado rápidamente hasta la actualidad en que se cuenta con los clavos intramedulares auto bloqueantes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo con la importancia de que las fracturas de la diáfisis femoral son un clásico en traumatología. Afecta principalmente a jóvenes, varones, y en ocasiones se produce en accidentes de tráfico de alta energía, a menudo en situaciones de politraumatismo. En estos casos, las lesiones esqueléticas, viscerales, torácicas y neurocerebrales a menudo asociadas determinan el pronóstico y el manejo de la fractura en un entorno multidisciplinario. También ocurren en pacientes mayores, especialmente mujeres. Aparecen tras una simple caída, en cuyo caso suelen presentarse de forma aislada. En este entorno geriátrico, como una fractura de fémur superior, el estado médico y psiquiátrico inicial son factores pronósticos, mientras que la calidad ósea determina las indicaciones de tratamiento.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 308

FISIOTERAPIA EN LA PRIMERA ETAPA TRAS CIRUGÍA CARDÍACA. EL PERSONAL DE FISIOTERAPEUTA

JAVIER SÁNCHEZ REY PINARDO

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

La principal causa de mortalidad en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares pueden agruparse en diferentes grupos, según los vasos o el órgano que esté principalmente afectado o el lugar donde se produce la lesión; cardiopatías coronarias (siendo la isquémica la de mayor incidencia), enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías congénitas, trombo-sis venosas profundas o embolias pulmonares, arteriopatías periféricas y cardiopatías reumáticas

2 Objetivos

Describir e indicar las pautas y procedimientos para el inicio del trabajo con fisioterapia, tras cirugía cardíaca en los centros hospitalarios.

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 primera vez que llega a nuestras manos un paciente con estas características, debemos hacer una anamnesis completa, con todo lo que ello conlleva. Muy importante, la fase de observación y examen físico.

Como objetivo principal, debemos mejorar la función respiratoria del paciente, para lo que debemos fortalecer el diafragma (músculo respiratorio principal), mejorar la disnea si la hubiese, favorecer la movilización y expulsión de las secreciones bronquiales e intentar mejorar las capacidades pulmonares. Si podemos y tenemos los medios necesarios, debemos auscultar al paciente al principio y al final de la sesión de fisioterapia respiratoria.

Uno de los métodos a utilizar en la rehabilitación, es tan sencillo como identificar el patrón respiratorio y modificarlo, si fuese necesario. Es elevado el número de pacientes que usan más los músculos accesorios de la respiración, que el propio diafragma (músculo principal). Se recomienda trabajar en sedestación o decúbito supino.

Algunas de las técnicas de fisioterapia utilizadas son el ciclo activo (combinación de 3 respiraciones diafragmáticas, 3 normales y 3 con espiración asistida), ejercicios para obtener una tos eficaz (productiva), espiraciones forzadas, vibraciones (no en los primeros días), drenaje postural, etc. Con todo esto, y con una buena hidratación, conseguiremos favorecer la expectoración y eliminación de las secreciones, y mantener una buena higiene en las vías aéreas.

Los pacientes deben tener mucho cuidado en las movilizaciones durante las primeras semanas y evitar maniobras de Valsalva (glotis cerrada).

Es fundamental, enseñarles técnicas de higiene postural; cómo deben levantarse de la cama o de una silla, cómo deben sentarse, cómo proteger la zona de la incisión, herida o cicatriz, en qué posición deben toser, etc. Todas aquellas actividades mencionadas anteriormente, ya sean realizadas de forma autónoma o con ayuda, y todas aquellas que requieran un esfuerzo o su realización lleve a

un aumento de la presión intraabdominal, deben realizarse con un “auto-abrazo de costilla a costilla” y a la vez, soltando el aire por la boca (espirar con la boca abierta). En etapas iniciales suele estar pautado el uso de la faja.

Evitar decúbitos prolongados. Mejor mantener sedestación durante el día.

Los pacientes deben realizar, varias veces durante el día, ejercicios metabólicos como abrir y cerrar las manos y flexo-extensión de tobillos, para evitar edemas en las extremidades, facilitar el retorno venoso y prevenir la formación de trombos. Otra cosa que debemos conseguir en la rehabilitación, es aumentar de forma progresiva la tolerancia al ejercicio. Debemos realizar actividades cardiovasculares adecuadas en cada etapa para que la rehabilitación cardíaca sea óptima.

Empezaremos a deambular con el paciente en cuanto podamos; primero distancias cortas y luego, distancias cada vez mayores. Se recomienda dar varios paseos (acompañados, si es posible) al cabo del día.

Después de esta primera etapa, continuaremos con la rehabilitación pautada por los especialistas, siempre teniendo en cuenta las características de cada paciente y sus expectativas.

Debemos tener en cuenta, que además de las secuelas físicas que supone un problema de salud de estas características y una cirugía de este calibre, también puede verse afectada la salud mental del paciente.

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 309

LA FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

SERGIO GARCÍA PANIAGUA

1 Introducción

Para comenzar la presente revisión bibliográfica, empezaremos hablando sobre el personal de fisioterapeuta que desempeña sus funciones en una institución sanitaria.

Se puede decir, que la fisioterapia, a la que también se le puede llamar terapia física o terapia ocupacional, tiene como objetivo principal reparar en todo lo posible la movilidad física de un paciente.

Por lo tanto, los profesionales de fisioterapeuta han de saber muy bien la anatomía humana y también conocer las herramientas con las que van a realizar su trabajo.

¿Qué es un fisioterapeuta?

Un fisioterapeuta es aquel profesional de la salud que en su trabajo ofrece unos tratamientos terapéuticos y de rehabilitación para poder diagnosticar, prevenir y tratar los síntomas de varias dolencias.

En su día a día, el personal de fisioterapeuta se encarga de evaluar y tratar a pacientes que por alguna lesión, enfermedad o por vejez, tienen limitado algún movimiento.

Es muy habitual que el personal médico y otros profesionales relacionados con la salud, deriven algún paciente al personal de fisioterapia.

Además, cada vez más personas acuden directamente al personal de fisioterapia sin antes ir a visitar a otro profesional sanitario.

En este capítulo hablaremos de la fisioterapia en la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina ante cualquier aumento de presión intraabdominal como puede ser toser, reír, correr, entre otros, lo que va a provocar un aumento de presión sobre la vejiga.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la fisioterapia en el tratamiento una disfunción tan frecuente entre la población como es la incontinencia urinaria de esfuerzo.

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 incontinencia urinaria de esfuerzo en una disfunción muy frecuente donde los factores de riesgo más comunes para padecerla son:

- Género: siendo más frecuente en mujeres que en hombres.
- Diferencias raciales: siendo más común en mujeres hispanas, que por ejemplo en asiáticas.
- Embarazo y parto.
- Edad: siendo más frecuente en mujeres jóvenes y de mediana edad.
- Obesidad.
- Premenopausia y perimenopausia, posiblemente por reducción de los estrógenos.
- Deportes de alto impacto.
- Diabetes.
- Afectación cognitiva y neurológica. Depresión.

- Tabaquismo.
- Fármacos.
- Afectación cognitiva y neurológica.

Entre las causas que la provocan están el aumento de presión abdominal, una inadecuada transmisión de presiones y/o alteraciones anatómicas del suelo pélvico o una lesión medular de la motoneurona superior, una lesión suprasacra que afecta al llenado, de manera que hay relajación detrusoriana sin contracción del esfínter interno.

Entre los signos y síntomas que pueden aparecer son el aumento de la pérdida de orina ante un esfuerzo o incluso, a veces, va asociado a un prolapso de órganos pélvicos.

El diagnóstico de fisioterapia se lleva a cabo a través de la historia clínica, donde el fisioterapeuta pregunta por el tipo, el tiempo, los síntomas, los factores desencadenantes, antecedentes médicos obstétricos y quirúrgicos, grado de afectación a la vida diaria.

Después se lleva a cabo una exploración física para descartar prolapso de órganos pélvicos, valorar el tono muscular del suelo pélvico y llevar a cabo el test de Booney. Se pueden pasar cuestionarios como el Pad-test, el diario miccional.

Tras la valoración se llevará a cabo el tratamiento teniendo en cuenta:

- Déficit estructurales como lesión del esfínter interno, que también precisa de electromiografía para su confirmación y donde el tratamiento es la cirugía. Otro tipo es el déficit del sistema extrínseco de soporte, que puede ser por dos causas. Por un lado, si la causa es fascial y ligamentosa, el tratamiento será la cirugía con malla. Pero, si la causa es la musculatura, utilizaremos la fisioterapia para hipertrofiar a través del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, uso de técnicas como el feedback y la electroestimulación. Por último, también puede deberse a déficit en el sistema de estabilización lumbopélvica en caso de hernias fuertes.
- Déficit modificables que son daños por control motor donde trabajaremos la estabilidad lumbopélvica, la postura, la falta de contracción, los automatismos a través de ejercicio terapéutico, así como los daños musculares por desgarró, episiotomía o cesárea a través de técnicas manuales o diatermia.
- Por último, actuaremos sobre los factores conductuales, orientando a nuestras pacientes a evitar una elevada presión intraabdominal crónica, la inactividad física, una inadecuada ingesta de líquidos y el estreñimiento.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo es muy alta en nuestra sociedad, siendo más elevada entre las mujeres, por lo que es muy importante llevar a cabo un tratamiento preventivo eliminando la mayor parte de factores de riesgo y llevar a cabo un buen tratamiento obstétrico, ya que este período va a aumentar mucho su aparición. Para ello hay que llevar a cabo una intervención preventiva sobre el estilo de vida, así como enseñar a realizar entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico durante la gestación y durante las primeras semanas postparto.

Por tanto, la actuación del fisioterapeuta se hace básica en el período preventivo para enseñar estas técnicas y mejorar el estilo de vida, así como en el tratamiento cuando ya está establecida la incontinencia para mejorar la musculatura con técnicas como pueden ser el entrenamiento específico de la musculatura del suelo pélvico, el biofeedback, la electroestimulación y el ejercicio terapéutico.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 310

EL PAPEL DE LA HIGIENISTA DENTAL EN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Entenderemos por odontopediatría a aquella rama de la odontología la cual se encarga o dedica a tratar a los niños en edades más tempranas en todo lo referente a la salud bucal.

Para entender la odontopediatría a lo largo de los años y su evolución asta la actualidad será necesario conocer su origen para lo que nos remontaremos a finales del siglo dieciocho donde se empezaron tratar o realizar las primeras intervenciones a niños en países como Gran Bretaña en donde posteriormente el gobierno establece a través de la Asociación Británica como algo obligatorio para edades tempranas Sin embargo a pesar de lo mencionado anteriormente no se podrá considerar asta un siglo más tarde el nacimiento aunque será en el años mil novecientos uno donde nace la primera clínica en Nueva york y en Estrasburgo a continuación que realiza este tipo de tratamientos en edades tempranas dando lugar al aumento continuo de la necesidad d e estos tratamientos entre la población infantil a la creación de mil novecientos trece de la primera sociedad científica dedicada a al odontopediatría.

Aunque no será asta el año mil novecientos cuarenta y dos cuando se reconozca la odontopediatría como una rama más de la odontología legalmente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico superior en higiene bucodental conocido comúnmente como higienista dental o ayudante de dentista.
- Conocer las ventajas que aporta a corto y largo plazo mantener una buena salud bucodental desde edades tempranas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como resultado de la realización de este trabajo se puede determinar o establecer que las ventajas de este tipo de especialistas dentro de la rama de la odontología para tratar los problemas de salud bucodental de los niños son las siguientes:

- comodidad y facilidad en el trato con los más pequeños puesto que su formación esta orientada a este tipo de pacientes ya que requieren un trato diferente siendo necesario aportarles calma tranquilidad y haciendo que consideren ir a visitar al dentista como parte de algo normal y divertido.
- tratamientos y materiales avanzados y adoptados a edades tempranas puesto que desde el sillón hasta los colores de la consulta y los materiales son importantes para crear un ambiente acogedor y cálido para el niño.
- formación continua y avanzada puesto que debido a la continua evolución de la odontología son profesionales que se mantienen en continua formación para ayudar a que los niños conserven una buena salud bucodental.

En cuanto a las ventajas que aporta mantener una correcta salud bucodental diferentes estudios a largo del tiempo han demostrado y establecido que nuestra salud bucodental influye y contribuye a que aparezcan múltiples enfermedades neurológicas y cardiovasculares por lo que la clave para evitar ser personas enfermas será cuidar nuestra boca desde pequeños ya que los datos que mencionaremos a continuación demuestran o establecen esta relación entre salud bucodental y enfermedad:

- El 64% de las personas con una boca no cuidada sufre el riesgo de padecer cáncer de páncreas.
 - Entre cuarenta por ciento y el ochenta de los cánceres orofaríngeos se encuentran relacionados con la infección bucal.
 - La aparición de la demencia en muchos casos se encuentra relacionada con las bacterias presentes en nuestra boca ya que se ha encontrado una relación directa debido a la presencia de bacterias orales en el tejido cerebral.
- En cuanto a las funciones del higienista dental en la consulta de odontopediatría se puede establecer que realizará un papel fundamental puesto que será el primer contacto que los niños tengan en su visita haciendo que sea un apoyo para él y la visita sea más amena y divertida así como una ayuda para establecer unos buenos hábitos de higiene realizando para ello una labor de enseñanza y acompañamiento.

5 Discusión-Conclusión

Será importante para el desarrollo de la actividad de odontopediatría pensar que estamos tratando con niños y no con personas adultas por lo que deberemos de tener paciencia y estar en continua formación ya que las innovaciones en este campo cada día son mayores por lo que nuestra labor no se regirá sólo a prestar asistencia al odontólogo sino a crear un ambiente divertido y agradable haciendo que la visita sea algo normal y común en el cuidado de los más pequeños. Aparte de lo mencionado anteriormente para ayudar al niño en estas visitas será importante no dejar a la vista aquello que le pueda causar temor para lo que será importante o parte fundamental explicarle siempre lo que vamos a hacerle en todo momento creando así un ambiente tranquilo y relajado.

6 Bibliografía

1. www.dentistainfantitoleado.com.
2. www.medwave.cl.com.

Capítulo 311

RECOMENDACIONES DEL HIGIENISTA DENTAL EN CONSULTA PARA MANTENER UNOS DIENTES SANOS Y FUERTES

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Entenderemos que un diente está o se encuentra sano y fuerte cuando cumple una serie de requisitos que mencionaremos a continuación: no tener piezas con caries, encías con color rosado sin sangrado ni signos de inflamación y enfermedad periodontal como son la gingivitis o la periodontitis, ambas caracterizadas por inflamación sangrado de encías entre otros signos.

La preocupación por el cuidado de los dientes y tener una buena salud bucodental se remonta aproximadamente al año trecientos antes de cristo donde en la época egipcia ya se utilizaban cepillos de dientes hechos con otros materiales que eran palillos de madera para el mango y cabellos de ángel para las cerdas (son los pelos del cepillo con los que eliminamos la suciedad o restos de comida que nos quedan en las piezas dentales). Sin embargo esta preocupación o cuidados por la boca se encuentra o data en distintas épocas como son la edad media o principios del siglo veinte en donde surgía la odontología la cual ha ido avanzando y evolucionando con los años realizando importantes avances en la introducción de ella tecnología como herramienta para el diagnóstico o en el campo de la implantología donde se incorporan nuevos materiales mas resistentes y duraderos. En esta época se hicieron importantes avances como son la anestesia tan importante para evitar el

dolor y el sufrimiento a los pacientes , sin embargo el interés por la boca y todo lo relacionado con las enfermedades que la rodean no ha parado y evolucionando ya que importantes estudios señalan que mantener una buena sana implica o afecta al resto del cuerpo puesto que en la cavidad oral existen venas y vasos capilares que conectan con diferentes sistemas como el corazón.

2 Objetivos

Conocer las recomendaciones del higienista dental para mantener unos dientes sanos y fuertes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En relación a las pautas a seguir por parte de los pacientes diariamente de los diferentes estudios realizados con el tiempo se puede establecer o concluir que las pautas a seguir para conseguir una boca sana a corto y largo plazo son los mencionados a continuación:

- Cepillado de dientes. Se debe de cepillar los dientes mínimo tres veces al día detrás de cada comida arrastrando al suciedad o los resto de comida en el caso d ella arcada superior de arriba a bajo y en caso de la inferior de abajo arriba situando en ambos casos el cepillo sobre la encía inclinado unos cuarenta y cinco grados
- Uso previo de seda dental al cepillado ya que entre los espacios interdetales nos puede quedar restos que el cepillo no puede eliminar.
- Cambio de cepillo o cabezal en caso de eléctrico cada poco tiempo aproximadamente tres meses utilizando un cepillo con cerda media puesto que la blanda no nos ayudara a eliminar la suciedad y la dura nos puede hacer daño durante el cepillado.

- Revisiones periódicas ya que así mantenemos un control de nuestras piezas dentales evitando que un problema menor se convierta en uno mayor.
- No consumiremos alimentos azucarados entre horas sino cuando nos vayamos a cepillar evitando así a la aparición de caries.
- No olvidaremos de cepillar la lengua puesto que contiene múltiples bacterias utilizando para ello un cepillo distinto al de los dientes o sino un limpiador lingual introduciendo este hábito en parte de nuestro cepillado diario.

En cuanto al papel del higienista dental en la concienciación de mantener una boca sana y cuidada y las estrategias a utilizar se puede establecer que las principales serán:

- Realizar promoción y prevención en los pacientes desde pequeños acompañándolos en el proceso de cepillado y hábitos saludables.
- Seguimiento de los pacientes y revisión de la técnica de cepillado tanto en niños como adultos cuando acuden a consulta.
- Corregir aquellos hábitos que creamos que pueden cambiar para mantener una buena salud bucodental explicando siempre el motivo o la importancia de dichos hábitos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de concienciarnos de que la boca es tan importante como otro órgano de nuestro cuerpo ya que realiza importantes funciones en nuestra vida diaria como: triturar o masticar los alimentos que ingerimos por lo que deberemos de mantenerla en buen estado ya que si mantenemos una boca sana seremos personas sanas, siendo por lo tanto esta una labor importante del higienista dental durante el desarrollo de nuestra jornada laboral. Para realizar esa labor de concienciación entre la población deberemos de adaptarnos a la condición y edad de cada paciente asegurándonos que el mensaje llegue de una manera clara utilizando un lenguaje de fácil comprensión.

6 Bibliografía

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

Capítulo 312

RELACION ENTRE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

RENATO ALVAREZ PEREZ

ADA AGUDIN MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad periodontal es una patología crónica inflamatoria de origen bacteriano, la podemos subdividir en:

- La gingivitis: que se caracteriza por presencia de inflamación y sangrado, pero sin pérdida de tejido óseo.
- La periodontitis: que presenta, además de inflamación y sangrado, la pérdida de tejido óseo.

La enfermedad periodontal se manifiesta como un proceso inflamatorio crónico de origen bacteriano. Entre las bacterias que la generan destacamos porphyromonas gingivalis, tannerella forsythia, treponema denticola y aggregatibacter actinomycetemcomitans.

El proceso se inicia con la gingivitis, que se caracteriza por inflamación y sangrado de los tejidos de soporte del diente, pero sin pérdida de tejido óseo, se presenta comúnmente como consecuencia de una higiene oral deficiente y como una perpetuación de esta condición derivará en la periodontitis. La periodontitis se caracteriza además de la presencia de inflamación y sangrado por la pérdida de

los tejidos blandos de inserción del diente, la aparición de bolsas periodontales y la pérdida del tejido de soporte óseo.

La periodontitis genera un desequilibrio en la microbiota oral que se asocia a una respuesta inflamatoria excesiva y persistente. La carnificación de esta situación, aumenta la carga inflamatoria sistémica al pasar al torrente sanguíneo, contribuyendo al riesgo de padecer aterosclerosis, considerándose ésta como uno de los factores de riesgo más relevantes, aumentando de esta manera la posibilidad de sufrir un accidente cardiovascular.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal y de la carnificación de la periodontitis.
- Explicar su posible relación con el agravamiento de las enfermedades cardiovasculares.
- Establecer los requisitos y recomendaciones para el diagnóstico precoz.
- Exponer el tratamiento adecuado de la enfermedad periodontal para evitar la afectación sistémica en general y cardiovascular en particular.
- Remarcar la importancia de las medidas preventivas y la actuación multidisciplinar en la enfermedad periodontal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google académico, Pubmed, Dialnet, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: enfermedad periodontal, enfermedad cardiovascular.

4 Resultados

1. Existen posibles causas relacionadas con la enfermedad periodontal y a la vez, con las enfermedades cardiovasculares, como son el hábito tabáquico, la hipertensión y la diabetes. La carnificación de la periodontitis se asocia a múltiples factores de riesgo, como pueden ser: una mala higiene que conduzca a grandes acumulaciones de placa bacteriana y, por tanto, a una gran carga de la misma, tam-

bién a enfermedades como la diabetes no controlada, al VIH y es agravada por hábitos como el tabaquismo.

2. Se asocia la enfermedad periodontal con la perpetuación de una afectación inflamatoria sistémica como consecuencia del paso de mediadores de la inflamación que se originan en las bolsas periodontales como la proteína C reactiva y el fibrinógeno que pasan al torrente sanguíneo aumentando la formación de ateromas y así la probabilidad en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

3. Destacar la importancia que tiene que desde la clínica se identifiquen y valoren los signos propios de la enfermedad y el grado de afectación, para así implementar las medidas preventivas y de control mediante el sondaje, el índice de sangrado, el control radiográfico y el resto de pruebas complementarias.

4. Esto nos permitirá un diagnóstico prematuro y la instauración del tratamiento, consistente en la remoción del biofilm de la placa bacteriana, considerado el agente etiológico más importante para el desarrollo de la enfermedad, esta actuación minimizará la progresión de las bolsas periodontales que actúan de reservorio de patógenos potencialmente nocivos, de entre las bacterias que la provocan destacaremos *porphyromonas gingivalis*, *tannerella forsythia* y *treponema denticola*.

De no ser tratada, esta patología podría favorecer la entrada de estas bacterias al riego sanguíneo y generar una respuesta inflamatoria sistémica que favorece la formación de ateromas, aumentando el riesgo de desarrollar aterosclerosis. Esta se caracteriza por un acúmulo de depósitos grasos dentro de las paredes de las arterias, favoreciendo el estrechamiento, la pérdida de elasticidad y la obstrucción de las mismas, siendo uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

5. Lo anteriormente expuesto, junto a una completa anamnesis, permitirá la identificación de los factores de riesgo y, por tanto, la posibilidad de establecer el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento, y así, mediante interconsulta con el resto de especialistas, poder minimizar los riesgos de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Es de suma importancia la detección desde el gabinete dental de los signos y síntomas que pudieran agravar la enfermedad cardiovascular, para ello se hace necesario insistir desde este en las medidas preventivas a adoptar, entre las que destacaremos: la correcta higiene oral, la importancia de eliminar el hábito tabáquico, así como de seguir una dieta equilibrada. De esta manera se colabora en la detección precoz, diagnóstico y abordaje de la patología junto con el resto de equipo multidisciplinar: médicos de familia, nutricionistas y cardiólogos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que una anamnesis completa va a favorecer el diagnóstico precoz en clínica de los signos propios de la enfermedad periodontal, que en su fase inicial se corresponde con la gingivitis, caracterizada a su vez por la aparición de inflamación y sangrado, y como, de no ser tratada, avanza a la periodontitis que, además de los signos antes mencionados, su principal característica es la de la pérdida de soporte del tejido óseo. Una vez instaurada esta patología bacteriana crónica inflamatoria a través de los reservorios bacterianos que proliferan en las bolsas periodontales, se producen mediadores de la inflamación como la proteína C reactiva o el fibrinógeno que, al pasar al torrente sanguíneo, favorecen la inflamación sistémica y esta condición induce la formación de ateromas y, por consiguiente, el aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Destacamos la importancia del diagnóstico precoz desde la clínica con el fin de instaurar las medidas preventivas más importantes de la enfermedad periodontal (y la posible afectación cardiovascular posterior). Estas medidas abarcan una correcta higiene dental, instruyendo al paciente en técnicas de cepillado e instaurando protocolos periódicos de mantenimiento bucal, también incluyen el consejo acerca del abandono de hábitos nocivos como el tabaco, la recomendación de seguir una dieta equilibrada, de evitar la vida sedentaria, de la práctica de forma asidua de ejercicio...

Además, es importante fomentar la interrelación con el resto de profesionales implicados (médicos de familia, nutricionistas, cardiólogos) para así, entre todo el equipo multidisciplinar, conseguir disminuir el riesgo de padecer los efectos adversos que provocan estas enfermedades.

6 Bibliografía

1. Tonetti M, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol*. 2019;4:398-405.
2. Castellanos J, Díaz L. Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte I: Enfermedades cardiovasculares. *Revista ADM*. 2013;70:116-25.
3. Ilango P, Mahendra J, Mahendra L, Cherian SM, Kathaperumal K, Suresh V, et al. Evidence linking the role of periodontal viruses in coronary artery disease with and without periodontitis. *J Periodontol*. 2021;92:113-22.
4. Mendoza F, Lafaurie G, Moscoso S, Sarmiento J, Morales K, Castro M, et al.

Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con antecedente de síndrome coronario agudo en un programa de rehabilitación cardíaca. *Rev Colomb Cardiol*. 2019;4:276-82.

5. Carrizales E, Ordaz A, Vera R, Flores R. Periodontal disease, systemic inflammation and the risk of cardiovascular disease. *Heart Lung Circ*. 2018;27:1327-34.

6. Sarduy Bermúdez L, González Díaz ME, de la Rosa Samper H, Morales Aguiar DR. Etiología y patogenia de la enfermedad periodontal. En: *Compendio de Periodoncia*; 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

7. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. *Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral*.

8. González Díaz ME, Morales Aguiar DR. La enfermedad periodontal, ¿un factor de riesgo más para el infarto cerebral isquémico aterotrombótico? *Rev Cubana Med Gen Integr*.

9. González Díaz ME, Morales Reyes C, Pupo Méndez G, Doncel Pérez C. Estudio preliminar del estado periodontal de pacientes con infarto cerebral isquémico. *Rev Med Electrón*.

10. Moya Rojas Y L, Melero Alarcón C, Martínez Basse S, de Arriba de la Fuente L, Hernández-Vallejo G. Enfermedad periodontal en el paciente con cardiopatía. Revisión bibliográfica. *Rev Europ Odontoestomatol*. 2017[citado 17 jul 2019].

11. Mealey B, Koekkevoold P. Medicina Periodontal. En: Carranza F. *Periodontología Clínica*. 9 na ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004. P. 243- 260.

12. Mosarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixout M. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *J Clin Periodontol*.

Capítulo 313

EL BRUXISMO: SUS CAUSAS, LESIONES Y TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA SENSIBILIDAD DENTAL

RENATO ALVAREZ PEREZ

ADA AGUDIN MARTÍNEZ

1 Introducción

El bruxismo es una actividad denominada parafuncional, el aparato estomatognático es una entidad que está diseñado para cumplir gran cantidad de funciones vitales como son: masticar, deglutir, hablar, el resto de actividades que no son vitales son consideradas como no funcionales de ahí el término parafuncional.

En el caso del bruxismo esta actividad se caracteriza por apretar los dientes de forma sostenida, frotar unos contra otros o rechinarlos, los efectos del bruxismo se manifiestan bien de día o de noche, siendo más común esta última forma. Durante el sueño es más común el rechinarlos dentario con cierto grado de apretamiento muscular llamado bruxismo excéntrico, esta actividad va acompañada de ruido, lo cual permite percatarnos del problema, dejando estas cicatrices características en los dientes las llamadas facetas de desgaste por atrición. Otra forma de bruxismo, menos frecuente que el anterior, es el consistente en apretamiento sostenido de los dientes, que se denomina bruxismo céntrico, este tipo de apretamiento es más común durante la vigilia, siendo más frecuente en momentos de estrés emocional.

La combinación de ambas formas se denomina bruxismo mixto.

Uno de los efectos del bruxismo, es el desgaste dental prematuro que es de etiología multifactorial, entre las posibles causas destacamos malos hábitos como: mordisqueo del lápiz, onicofagia, cepillado dental traumático, otros como el estrés, que favorecerán la aparición de esas facetas de desgaste y como consecuencia de estas, en muchas ocasiones, la aparición de la sensibilidad dental que se define como: dolor dental intenso y momentáneo causado porque la dentina queda expuesta al medio oral y que se manifiesta tras la acción de un estímulo externo. El tejido de la dentina está compuesto por conducciones microscópicas llamados túbulos dentinarios que se irritan con más facilidad si están sometidos a la acción de determinadas causas tales como: estímulos térmicos, táctiles, osmóticos, químicos o aquellos que ocasionan evaporación del líquido que está presente en los mismos. La dentina puede quedar expuesta por factores orgánicos o por anomalías como el bruxismo, por cepillado traumático, por oclusión dental anómala, traumas, hábitos en la alimentación, tratamientos estéticos, etc. Las dos causas más frecuentes de la aparición de la hipersensibilidad son: la pérdida de esmalte (erosión dental) y la recesión gingival. En el presente trabajo abordaremos la sensibilidad dental, en concreto nos centraremos en el que tiene su origen en el bruxismo, haremos somera alusión a otras posibles causas, así como a posibles tratamientos.

2 Objetivos

- Explicar la relación existente entre el bruxismo y los desgastes dentales y su afectación a la sensibilidad dental.
- Enumerar otras posibles causas relacionadas con la sensibilidad dental.
- Indicar posibles tratamientos preventivos y paliativos de la sensibilidad y tratamiento del bruxismo.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica, para lo cual se han buscado publicaciones científicas existentes y seleccionado aquellas que contienen información relevante sobre el tema a tratar, también se han consultado libros, revistas en diferentes bases de datos académicas, intentando cribar la información más relevante y que se centra de forma más precisa en el tema, evitando el contenido menos relevante.

4 Resultados

Tras consultar diversa bibliografía, podemos decir que el origen del bruxismo es desconocido, una de las ideas más aceptada es que está asociado a problemas de estrés, la ansiedad y la depresión en el caso de bruxismo diurno, mientras la acción de sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso central y ciertos desórdenes del sueño, se asocian con el bruxismo nocturno. Existen otros factores como son la mala alineación de los dientes, trastornos respiratorios, etc. El bruxismo afecta al esmalte, siendo el desgaste del mismo su principal manifestación. Las formas de manifestarse son:

- La abfracción: es la pérdida del tejido duro del diente que se manifiesta como una concavidad en el área cervical llamado “defecto de cuña” en la zona de unión entre el esmalte y el cemento, donde se produce la ruptura de la fina capa de esmalte afectando también al cemento y la dentina. Esta situación provoca sensibilidad.
- La atrición: es otra de las causas de pérdida de esmalte y se produce por el desgaste orgánico resultado del contacto de los dientes en la cara oclusal o incisal. Esta se relaciona con una actividad oclusal exagerada producto de hábitos o actividad parafuncional.

Los bruxistas muestran una fuerza oclusal excéntrica aumentada y un contacto de los dientes mayor que el resto de las personas, cuya consecuencia será un incremento significativo de la aparición de abfracciones sobre todo en aquellos que rechinan los dientes.

Durante la oclusión traumática el diente se ve sometido a diversas tensiones, ello produce que los cristales de hidroxiapatita, cuerpos prismáticos del esmalte en la zona cervical, colapsen, porque la máxima tensión se concentra en esta zona y como están menos desarrollados y tienen mayor porosidad y menor mineralización que en el resto del diente, todo ello le confiere una mayor predisposición a la ruptura, tanto del esmalte como de la dentina y si a esto le añadimos la incapacidad de autoreparación, dará como resultado la aparición de una lesión en forma de media luna o cuña profunda.

La lesión que se produce, deja en un primer momento expuesta la dentina y de no ser tratado, avanzará hacia la pulpa, tejido que, estando dotado de tejido conectivo, vasos sanguíneos, nervios y produciéndose de quedar expuesta la aparición de la sensibilidad.

Además de los enumerados anteriormente (abfracción y atrición) vamos a nombrar otras posibles causas que originan sensibilidad dental:

- La abrasión: desgaste producido por un objeto, ejemplo cepillo de dientes, pasta dentífrica muy abrasiva, fumar en pipa, o hábitos nocivos como utilizar los dientes para sostener objetos, etc. la abrasión más típica es la producida por el cepillado de dientes y esta se manifiesta, con lesiones en el lado izquierdo para personas diestras y a la inversa, siendo la zona cervical su preferida.
- La erosión: podemos hablar de erosión cuando se produce la disolución del esmalte dental por la acción de ácidos, bien por consumo de alimentos o bebidas ácidas o por la acción de los jugos digestivos en pacientes con determinadas patologías (hernia de hiato) o adicciones (alcoholismo), etc.

Ciertos productos orales también pueden ocasionar erosiones, tales como enjuagues con pH muy bajos o blanqueadores dentales usados de forma incorrecta. Otra causa que podemos relacionar con la exposición de los canales dentinarios es la recesión de la encía, ya que la raíz dental está cubierta por una delgada capa de cemento que se elimina fácilmente. Una técnica de cepillado incorrecta o el uso de cepillo con filamentos muy duros están implicados en este tipo de lesión.

Recomendaciones y posibles tratamientos

- Consumo poco frecuente de refrescos, alimentos con alto contenido en azúcar, bebidas ácidas, etc.
- Tomar alimentos ricos en oxalatos como plátanos y espinacas.
- Los productos lácteos como la leche o el queso por su alto contenido en calcio puede favorecer el alivio de la sensibilidad dental al ayudar a recuperar la mineralización del diente de forma natural.
- No tomar líquidos que estén excesivamente fríos o calientes.
- Usar un cepillo de dureza media para evitar abrasiones del esmalte y que empeore la sensibilidad dental.
- Utilizar una pasta dental desensibilizante.

Tratamientos clínicos para la sensibilidad

- Flúor: aplicar en las áreas sensibles de los dientes. De esta manera se fortalece el esmalte, por lo que disminuye la sensibilidad.
- Coronas o empastes: si tienes problemas en el diente, presenta algún tipo de rotura o desgaste, se puede corregir con una corona o empaste.
- Injerto de encía: si la sensibilidad viene determinada por una recesión de las encías, en algunos casos se puede recubrir esta zona mediante un injerto con el objeto de recuperar tejido perdido.

Posibles tratamientos para el bruxismo

Los tratamientos para el bruxismo tienen como objeto evitar o reducir el rechinar, y con ello reducir el desgaste del esmalte, eliminar los dolores y evitar posibles daños permanentes en la mandíbula.

- **Férula de descarga:** prescrita para casi todos los casos, sobre todo para los bruxistas nocturnos, se trata de un aparato ajustado a la dentadura del paciente, fabricado de resina acrílica, que en pacientes con esta patología debe colocarse mientras duerme, y cuya función es intentar relajar la articulación temporo mandibular para impedir el rechinar de los dientes, el desgaste del esmalte y con ello prevenir la sensibilidad.
- **Rehabilitación protésica:** en caso de esta afección se encuentre en estado muy avanzado, y debido al desgaste se haya producido la pérdida de dimensión vertical con afectación de la articulación temporo-mandibular, podríamos realizar una rehabilitación protésica para recuperar esta.

5 Discusión-Conclusión

Tras llevar a cabo esta consulta bibliográfica, podemos decir que el bruxismo es una disfunción neuromuscular, que su expresión oral más típica se manifiesta a través de la abfracción y atrición, elementos distintivos del rechinar o apretamiento dental. Uno de los efectos del bruxismo, es el desgaste dental prematuro, que es de etiología multifactorial. Entre las posibles causas destacamos también la abrasión, la erosión y la recesión gingival, malos hábitos como: mordisqueo lápiz, onicofagia, el cepillado dental traumático que favorecerán la aparición de esas facetas de desgaste y como consecuencia de estas en muchas ocasiones la aparición de la sensibilidad dental.

Destacar la importancia desde la clínica dental de un diagnóstico precoz para poder instaurar las medidas preventivas con la finalidad de minimizar los daños. Entre estas destacaremos la férula de descarga y o la rehabilitación conservadora o protésica en lo que respecta al bruxismo y en lo concerniente a la sensibilidad, aconsejando en la implantación de hábitos saludables, como evitar la ingesta de alimentos con alto contenido en azúcares o muy ácidos, aconsejando el consumo de lácteos y sus derivados debido al aporte de calcio, instruyendo en una técnica correcta de cepillado y la necesidad de utilización de pastas desensibilizantes, etc. Todo ello con la finalidad de minimizar los daños, mejorando así la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Canadian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity. J Can Dent Assoc 2003; 69:221–262 (5)
2. Krogh-Poulsen W. Abrasion or migration. In: Krogh-Poulsen W, Carlsen O, eds. Orthofunktion. Bidfunktion/Bettfysiologi. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard, 1977: 189-204.
3. Piquero K. A clinical diagnosis of diurnal (non-sleep) bruxism in denture wearers. J Oral Rehabil. 2000; 27 (6): 473-482.
4. Lobbezoo F. Bruxism defined and graded: an International Consensus. Journal Of Oral Rehabilitation. 2013; 40: 2-4.
5. Attanasio R. Intraoral orthotic therapy. Dent Clin North Am. 1997; 41: 309-324.
6. Rugh JD, Barghi N, Drago CJ. Experimental occlusal discrepancies and nocturnal bruxism. J Prosthet Dent. 1984; 51 (4): 548-553.
7. Yap AU. Effects of stabilization appliances on nocturnal parafunctional activities in patients with and without signs of temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 1998; 25 (1): 648.
8. Abe K, Shimakawa M. Genetic and developmental aspects of sleep talking and teeth-grinding. Acta Paedopsychiatr. 1966; 33:339-344.
9. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dent J. 2004; 49: 84-89. doi: 10.1111/j.1834-7819.2004.tb00055.x.
10. Lavigne GJ, Montplaisir JV. Bruxism: epidemiology, diagnosis, pathophysiology, and pharmacology. In: Fricton JR, Dubner R, editors. Orofacial pain and temporomandibular disorders: advances in pain research and therapy. New York: Raven Press; 1995. pp. 387-404.
11. Frugone Zambra RE, Rodríguez AC. Bruxismo. Avances Odontostomatol. 2003; 19-3: 123-130.
12. Laat A, Macaluso GM. Sleep bruxism as a motor disorder. MovDisord. 2002; 17: S67-S69.

Capítulo 314

TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CONSULTA POR PARTE DEL ODONTÓLOGO

M^a TERESA ALONSO CARBAJAL

1 Introducción

Previamente a la realización de este trabajo será necesario conocer la definición de caries dental, la cual podremos definir como una enfermedad de carácter multifactorial caracterizada por la progresiva destrucción del diente. El diente está en constante proceso de desmineralización y remineralización y la caries aparece cuando la balanza se inclina hacia la desmineralización

A pesar de que en la actualidad se conocen los principales factores que causan la caries en la población de todas las edades no siempre ha sido así, ya que hasta aproximadamente el siglo diecisiete se creía que la causa de la aparición era un gusano que causaba la destrucción del diente. No fue hasta mediados del siglo diecisiete donde esa creencia fue cambiando gracias a la continua investigación sobre las caries dental, así como sus causas y sus posibles tratamientos. En cuanto a los tratamientos realizados ante la aparición de las caries dentales, en una o caries piezas, no sería hasta el siglo diecinueve, gracias a la aparición de la amalgama cuando se empezaron a realizar las obturaciones (empastes) . En la actualidad este material está obsoleto. Debido a las continuas investigaciones con el propósito de mejorar los materiales a utilizar para este tipo de tratamientos han ido surgiendo otros más estéticos, y con menos riesgos para el paciente y el profesional.

2 Objetivos

- Conocer la incidencia dental de la caries dental entre la población de diferentes rangos de edad.
- Establecer las medidas preventivas para evitar la aparición de la caries.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se puede establecer tras los estudios relacionados con la incidencia de la caries dental en la población tanto adulta, como infantil, los datos mencionados a continuación:

- La caries dental afecta prácticamente al cien por cien de la población, incluyendo tanto población adulta, como infantil, variando su incidencia en función del rango de edad del que se hable. Aunque también influyen factores sociales, culturales, económicos...
- En edades comprendidas entre los cinco y seis años la caries dental, en dientes temporales o de leche (también llamados deciduos) afecta aproximadamente al 70% de los niños.
- En población adulta, en edades comprendidas entre treinta y cinco y cuarenta y cinco años la incidencia nos revela un porcentaje de caries dental de un cuarenta por ciento, subiendo hasta un ochenta en edades sesenta y cinco años en adelante. En cuanto a las medidas preventivas para evitar que los dientes se vean afectados por la caries dental se puede mencionar que las más efectivas son las citadas a continuación:
- Mantener una dieta libre de productos azucarados reservando su consumo a aquellos momentos en los que se pueda realizar un cepillado correcto.
- Cepillarse mínimo tres veces al día es decir, después de cada comida y sin olvidarnos ninguna cara del diente, ni la lengua (es recomendable uso de rascador de lengua).

- Uso previo al cepillado de seda o hilo dental, ya que entre los dientes existen unos espacios denominados espacios interdetales, en los cuales con el cepillo normal no conseguimos eliminar los restos y placa dental acumulada. A veces también se recomienda uso de cepillos interproximales e irrigador dental.
- Revisiones periódicas por nuestro dentista ya que es el profesional especializado en la boca y todas sus patologías.
- Cambio periódico, al menos cada tres meses, del cepillo dental, o en caso de que observemos que las cerdas están deterioradas lo cambiaremos antes de los tres meses.

5 Discusión-Conclusión

La caries dental es una de las patologías dentales más comunes tratadas por los odontólogos en las consultas, tanto en edades tempranas como adultas, por lo que es importante realizar una labor de concienciación sobre la importancia de mantener una boca sana ,así como las piezas dentales el mayor tiempo posible en nuestra boca, puesto que ninguna pieza de sustitución independientemente de el material del que este elaborada es tan resistente como algo propio. Esta labor de concienciación entre la población será muy importante realizarla desde edades muy tempranas, puesto que si cambian los hábitos que producen la caries como es el consumo de alimentos o productos azucarados desde pequeños será un hábito o costumbre que lleven a la edad adulta.

6 Bibliografía

1. www.lucianobadenilli.com.
2. www.gacetadental.com.

Capítulo 315

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y PRIMEROS AUXILIOS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: TOPOGRAFÍA HUMANA BÁSICA: TOPOGRAFÍA DEL CRANEO

DANIEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La anatomía es una disciplina científica que se encarga de estudiar las estructuras del cuerpo humano y se subdivide en tres áreas:

- Anatomía descriptiva: describe cómo se organiza el cuerpo humano.
- Anatomía topográfica: muestra la disposición de cada una de las estructuras.
- Anatomía funcional: estudia las relaciones entre los distintos órganos y aparatos y las funciones que realizan.

La anatomía topográfica se encarga del estudio de cada uno de los segmentos en los que se divide el cuerpo. Estas regiones están delimitadas por relieves corporales óseos. Así, surgen las divisiones conocidas como cabeza, tronco y extremidades.

- Cabeza.
- Cuello.
- Tronco.
- Espalda.
- Tórax.

- Abdomen.
- Pelvis
- Miembro superior. o Cintura escapular. o Brazo. o Antebrazo. o Mano.
- Miembro inferior. o Cintura pelviana. o Muslo. o Pierna. o Pie.

Las direcciones anatómicas se utilizan para describir las posiciones de las partes corporales y se distinguen entre: -Superior/inferior: más cerca del cráneo o más próxima a los pies. La parte superior se refiere a una estructura con mayor proximidad al vértice, mientras que la zona inferior hace referencia a una estructura situada cerca de la planta de los pies. -Anterior/posterior: en la parte delantera (ventral) o en la parte posterior (dorsal). -Medial/lateral: en la línea media del cuerpo o hacia los costados más alejados de la línea media. -Proximal/distal: más cerca del eje principal del cuerpo o más lejos de este. Si se habla de miembros, proximal se refiere a la parte más cercana a la raíz y distal a la más alejada.

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 a topografía humana básica en el cráneo.

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

Topografía del cráneo:

Presenta dos porciones, calvaria y base, entre ellas existe una línea divisoria: plano que pasa por encima de los arcos superciliares, borde superior del arco cigomático, hasta la protuberancia occipital externa.

Conformación exterior:

- Calvaria: es el segmento mas elevado, constituido principalmente por los parietales, porción vertical del frontal y concha o escama del occipital. Presenta en la línea media, la sutura mediofrontal, que separa los dos frontales en el feto y la sutura sagital, con el foramen parietal a cada lado. Lateralmente presenta: eminencias frontales, sutura coronal, eminencias parietales, sutura lambdoidea y eminencias occipitales.

- Base: está formada por el etmoides, esfenoides, temporal y occipital y cubierta por la cara en su parte anterior, y el cuello, columna vertebral y nuca en la parte posterior.

Conformación interior:

- Calvaria: presenta desde delante hacia atrás, en la línea media: foramen ciego, crista galli y cresta frontal. Canal del seno sagital superior que se extiende hasta la protuberancia occipital interna. Lateralmente se encuentran tres fosas: frontal, parietal y occipital.

- Base: presenta desde delante hacia atrás, en la línea media tres diferentes compartimentos el primero de ellos, compartimento anterior va desde el foramen ciego hasta el borde posterior del ala menor del esfenoides, el segundo es el compartimento medio que va hasta el borde superior del peñasco y por último es el compartimento posterior que va hasta la protuberancia occipital interna.

Regiones topográficas del cráneo:

1. Región superciliar y de los senos frontales.
2. Región occipitofrontal.
3. Región temporal.
4. Región mastoidea.
5. Región de la base del cráneo.

Se extienden en profundidad hacia el encéfalo, presentando tres series de planos:

- Capa superficial: formada por partes blandas.
- Capa media: representada por el esqueleto.
- Capa profunda: representada por la porción encefálica correspondiente y sus envolturas.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que trabajan en un centro hospitalario estamos expuestos a diferentes situaciones que pueden revestir una mayor o menos urgencia y gravedad en cuanto al estado de salud se refiere. Es importante por ello que tengamos una formación sanitaria adecuada en materia de prevención de riesgos laborales y primeros auxilios, por lo que creo nece-

saría la formación de los profesionales por parte de las instituciones sanitarias publicas con cursos y charlas de reciclaje básicos en este campo, que ayuden a mejorar nuestros conocimientos y por tanto nuestra calidad e intervención como personal de su plantilla.

6 Bibliografía

1. Wikipedia contributors. Anatomía topográfica [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anatom%C3%ADa_topogr%C3%A1fica&oldid=150392661
2. Anatomía Topográfica Del Cráneo [Internet]. Scribd. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/376261143/Anatomia-Topografica-Del-Craneio>
3. Anatomía básica [Internet]. Fisioterapia-online.com. [citado el 24 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/anatomia-basica>
4. Anatomía topográfica, Definición, Para qué sirve, Importancia, Disciplinas y Más [Internet]. Biositio. Javired; 2018 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://biositio.com/anatomia-topografica/>
5. Anatomía del cráneo [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8915.htm
6. Wikipedia contributors. Cráneo [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cr%C3%A1neo&oldid=151615061>

Capítulo 316

COVID-19 EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

Para dar comienzo a éste trabajo en el que se va a tratar la influencia del Covid-19 en la labor de los Técnicos de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear se va a empezar por dar una definición de dicha enfermedad.

”Los Coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, podemos saber que una serie de Coronavirus provocan infecciones respiratorias que pueden variar desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)”. Como se aprecia, este virus no consta de un solo ejemplar y sus efectos en las personas pueden variar de leves a muy graves.

”Produce síntomas parecidos a los de la gripe, entre los que se incluyen, fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. También se ha observado la pérdida del olfato y el gusto. En casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico”. Se trata de síntomas que al ser parecidos a los de otras enfermedades, crean miedo y desconcierto en la población.

A finales del año 2019 se detectaron los primeros casos en Wuhan, China. Sin embargo, no fue hasta el 11 de marzo de 2020 que la OMS lo reconoció como pan-

demia. En abril de ese año, los datos del estudio revelan un millón de infectados. Pocos meses después, en septiembre, el número de infectados en todo el mundo era de 30 millones de infectados, de los cuales, se superaron los 940.000 de fallecidos. De forma posterior llegaron las medidas en forma de diferentes vacunas y confinamientos. A continuación, se va a describir la evolución en el campo de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, la adaptación del trabajo de los técnicos y su contribución a la pandemia.

La obtención de imágenes utilizando los diferentes métodos de radiología y otras radiaciones han servido a lo largo de la historia para observar las afecciones internas de múltiples enfermedades y los progresos de sus respectivos tratamientos. Los tres métodos más utilizados contra el Covid-19 son las radiografías, los escáner TAC y las ecografías. Dichas pruebas están enfocadas en el área pulmonar, ya que es ahí donde se aprecia la afección de la enfermedad. Son los técnicos los que han tenido que ir adaptando estas pruebas junto con el seguimiento de los médicos radiólogos para aplicar la cantidad de radiación justa y obtener los mejores resultados contra esta enfermedad.

De tal forma, se va a tratar la función de las resonancias magnéticas en dicha pandemia. Sobre la medicina nuclear no se encuentra en primera línea de tratamiento ni diagnóstico contra el Covid-19, pero estudios como la gammagrafía pulmonar y el spect-tac están presentes, sobre todo esta última si se sospecha de tromboembolismo pulmonar y el angioTC está contraindicado para el paciente.

Se acaban de introducir las pruebas comunes y no tan básicas utilizadas para el diagnóstico por imagen del Covid-19.

2 Objetivos

- Elaborar un documento que resuma toda la información importante respecto a la labor del técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear durante el Covid-19.
- Resumir que es el Covid-19, síntomas y gravedad.
- Insertar las pruebas diagnósticas y los cambios atribuidos aplicados en éstas durante el Covid-19.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con respecto al Covid-19 y cómo este ha afectado a los servicios de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

Las bases utilizadas para la obtención de la información son las siguientes: Pubmed, Dialnet y Scielo.

No solo se han utilizado artículos científicos o estudios, también medios de comunicación como el periódico El Mundo.

4 Resultados

Las pruebas de imagen son útiles para identificar y ratificar el diagnóstico de otra prueba como la PCR, estudiar cuál será el tratamiento que se debería utilizar y observar la gravedad y el estado real del paciente.

Se va a comenzar tratando la radiografía y el TAC, observando cómo se utilizan para diagnosticar el Covid-19. Dichas pruebas estarán enfocadas en el tórax, ya que es ahí donde se observan las principales afecciones. Los técnicos han tenido que estudiar criterios básicos para saber valorar si dichas pruebas consiguen su objetivo, el cual se trata de evaluar la gravedad de la enfermedad.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Normalmente, las proyecciones más utilizadas son la antero-posterior y la lateral. Es común que un paciente recién infectado presente una placa de tórax normal, no patológica. Cuando se observa patología, esta se ve en forma de opacidades y consolidaciones que suelen ser bilaterales y periféricas y normalmente están más presentes en la parte inferior. Las radiografías tienen poca sensibilidad y alto rango de falsos positivos.

TAC (Tomografía axial computerizada): Si comparásemos el TAC con una radiografía de tórax, la tomografía axial computerizada resalta por su alta sensibilidad, la cual está considerada más sensible para la detección del Covid-19, con menos falsos positivos. Se trata de una prueba poco específica y además, el TAC de alta resolución expone al paciente a una mayor radiación ionizante y no puede realizarse de forma portátil.

RM (Resonancia Magnética): La resonancia magnética puede enseñar afecciones por el Covid-19 diferentes a las pruebas anteriormente descritas. Los investigadores han recomendado que la resonancia magnética se realice únicamente cuando no haya otra opción mejor. Se realizaría en pacientes con afecciones con

peor pronóstico debido al método y a la velocidad de propagación del virus, el espacio cerrado de la habitación y la imposibilidad de realizar la prueba de manera portátil.

MEDICINA NUCLEAR: Con respecto a la medicina nuclear, se va a tratar el PET/TC. Un PET/TC es capaz de detectar la infección por el Covid-19 incluso en pacientes sin síntomas, cuyos resultados en pruebas PCR sean negativos.

ECOGRAFÍA: Estas pruebas presentan ciertas ventajas, ya que se pueden realizar de forma portátil, los tiempos de exposición son cortos y no utilizan radiaciones ionizantes.

5 Discusión-Conclusión

En referencia a las pruebas diagnósticas, la radiografía y la ecografía son las pruebas mejor indicadas para el seguimiento de la enfermedad debido a su rapidez y en el caso de la ecografía su falta de exposición a radiaciones ionizantes. En conclusión, la ecografía portátil debería estar mucho más presente y disminuir el uso de la radiografía como primer método diagnóstico solo para la confirmación de un resultado positivo. No obstante, la radiografía tiene un nivel de exposición muy bajo.

El TAC es la prueba más indicada para un estudio preciso de la región pulmonar aunque los tiempos de exposición y el riesgo de propagación son sus mayores inconvenientes.

La Resonancia Magnética es la prueba indicada para afecciones cardiovasculares derivadas de la infección por Covid-19.

Por último, el PEC-TAC se utiliza en los casos más complicados, es decir, donde sea difícil localizar las afecciones.

6 Bibliografía

Manuel RPA, Jairo JGT, Ronny ADG. Características clínico-epidemiológicas de la

COVID-19. Habanera de CM [Internet]. 2020 [citado 23 Nov 2021];19(2):3.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcm202e.pdf>

Raffaella PB. Enfermedades epidémicas y pandémicas: Causas, cronología e implicaciones socioculturales. Anales de la Real academia nacional de farmacia

[internet]. 2020 [citado 22 nov 2021]; 86(3):189-214. Disponible en: https://analesranf.com/articulo/8603_04/

Joan CC. Medicina Nuclear en la pandemia por Covid-19. Revista española de medicina nuclear e imagen molecular[internet]. 2020[citado 27 nov 2021];39(3):138-130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243757/pdf/main.pdf>

Luis AGLP. Fundamentos generales de la radiología simple [Internet]. Infolibros.org. Disponible en: <https://infolibros.org/pdfview/12969-fundamentos-generales-de-la-radiologia-simple-articulo-dr-luis-a-garcia-lomas-pico/>

Capítulo 317

RADIOLOGIA EN NIÑOS DURANTE EL COVID-19

MÓNICA MANZANARES MARTÍN

1 Introducción

Durante la pandemia de Covid-19 a fines de diciembre de 2019 y durante todo 2020. A mediados de diciembre de 2019, China describió una nueva enfermedad infecciosa de infecciones respiratorias agudas causada por un coronavirus que se propagó rápidamente por todo el país y el resto del mundo. Aunque la radiografía de tórax es la prueba de elección para las infecciones del tracto respiratorio inferior con o sin disnea, existen pocos artículos que describan los hallazgos radiográficos en niños con COVID-19.

Los rayos X se utilizan para diagnosticar COVID-19, especialmente en adultos, pero ¿Qué pasa con los niños con síntomas de Covid-19?

También otras de las preguntas que se pueden realizar las personas es si a los niños se le realizan las mismas proyecciones de los adultos o hay otro tipo de proyecciones que se les realiza para que la radiación sea menor.

Para la radiografía en niños existen otro tipo de proyecciones que se explican posteriormente, pero el miliamperaje y el kilovoltaje es diferente que en adultos, ya que los niños presentan menos masa corporal que un adulto, la densidad ósea de los niños está en crecimiento y todo su cuerpo también.

En este capítulo, mi objetivo es conseguir que las personas vean que a los niños se les realiza las radiografías cuando es realmente necesario y las demás pruebas no invasivas no dan un diagnóstico claro.

2 Objetivos

El propósito de este capítulo es responder a la pregunta planteada anteriormente. Para responder a esta pregunta, busqué información científica sobre cuántos niños estaban infectados con COVID-19, cuántos recibieron radiografías de tórax y cuántos se pronosticaron. Uno de los principales objetivos fue describir las características clínicas, analíticas y radiográficas de tórax de los niños que acudieron a la consulta de infección de vías respiratorias en el mes de marzo. Análisis de la morbilidad y presentación radiológica de la COVID-19 frente a otras infecciones del tracto respiratorio.

3 Metodología

La metodología empleada ha sido una búsqueda empírica desde el 1 al 31 de marzo de 2020 un estudio observación a todos los niños con síntomas de infección del tracto respiratorio (fiebre, rinorrea, tos y/o disnea) y con sintomatología Covid-19 que requirieron radiografía de tórax.

4 Resultados

Los resultados obtenidos durante el mes de Marzo de 2020 fueron que se requirió radiografía de tórax por síntomas de infección respiratoria en 231 niños, 90 en niñas y 141 en niños. El 29,9% de los niños tenían un ambiente epidémico familiar positivo y tenían síntomas respiratorios similares a los pacientes.

Se realizaron pruebas de PCR para SARS-CoV-2 en 47 niños que acudieron al servicio de urgencias (20,3 %) y 3 niños (6,3 % de los examinados) tuvieron resultados positivos. Se realizaron pruebas microbiológicas en el 36,8% de los pacientes y se detectaron agentes infecciosos distintos al SARS-CoV-2 en el 35,3% de los pacientes.

Solo un paciente con PCR positivo para SARS-CoV-2 tenía una infección del tracto urinario por E.coli y los hemocultivos fueron positivos para Streptococcus viridans.

En el 73,2% de los pacientes se observaron ciertos cambios en la radiografía de tórax. El engrosamiento peribronquial fue el hallazgo más común, representando el 57%. La consolidación parenquimatosa fue del 38,5%, la consolidación bilateral

del 29,2% y el derrame pleural asociado del 3,3%. 7,3% del tejido intersticial humano aumentó. El 7,3% fue turbidez en vidrio esmerilado.

En el registro más grande de niños infectados con SARS-CoV-2 que requirieron hospitalización, se diagnosticó neumonía en el 65% de 171 pacientes evaluados. Dada la actual pandemia de Covid-19, nos pareció necesario comprender las imágenes radiológicas más comunes de esta infección respiratoria infantil. Otro objetivo de este artículo es discutir qué pacientes son candidatos a una tomografía computarizada (TC) pulmonar precoz (dentro de las primeras horas de ingreso).

Las radiografías simples de neumonía por coronavirus SARS-CoV-2 se caracterizan por infiltrados bilaterales difusos e infiltrados periféricos, con afectación unilateral menos frecuente.

La radiografía de tórax es esencial para la evaluación diagnóstica del sistema respiratorio en niños.

Radiografía de tórax en niños con deformidad costal, masa palpable, cardiopatía, traumatismo, dolor

Dolor torácico, sibilancias, dificultad para respirar y posible enfermedad metastásica.

Las proyecciones comúnmente utilizadas son AP, para los niños más pequeños, se realiza en decúbito supino. En adultos mayores que no cooperan también se realizan en AP y en niños mas mayores que colaboran PA.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión en marzo coexistió infección respiratoria sintomática por COVID-19 y no COVID-19. El cuadro radiográfico de las infecciones respiratorias, incluida la COVID-19, no es específico y, en cualquier caso, el examen radiográfico no es suficiente para el diagnóstico. Los niños con síntomas respiratorios compatibles con COVID-19, con o sin PCR confirmatoria, tenían síntomas leves y la mayoría no requirió hospitalización ni ventilación invasiva.

La ausencia de antecedentes epidemiológicos conocidos no debe ser una contraindicación para los estudios de PCR de SARS-CoV-2 en el contexto de la transmisión comunitaria.

En el caso de los pacientes pediátricos, de edad entre los 0 años hasta los 16 años, los síntomas pueden variar según la edad, sintomatología y antecedentes familiares. También no todos los pacientes pediátricos que ingresaron en urgencias por supuesto Covid-19 no resultaron ser esta infección aunque el cuadro

sintomatológico fuera parecido.

6 Bibliografía

JP/adm. (2020, 7 mayo). PediatricRad.info - Radiología torácica en pacientes pediátricos con COVID-19. <https://www.pediatricrad.info/w3/index.php/es/index/24-menu/62-radiologia-toracica-en-pacientes-pediatricos-con-covid-19>

· Imaging studies in pediatric COVID-19: Without a clear indication. (s. f.). Evidencias en pediatría. <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7772/pruebas-radiologicas-en-covid-19-pediatrico-sin-una-indicacion-clara>

· Radiografía de tórax pediátrica en la era COVID | Radiología. (s. f.). <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-avance-resumen-radiografia-torax-pediatrica-era-covid-S003383382030181>

<https://fapap.es/files/639-487-RUTA/efb2d40541885c6326a62297953d7b6f.pdf>.

(2008). USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. <https://fapap.es/files/639-487-RUTA/efb2d40541885c6326a62297953d7b6f.pdf>

Capítulo 318

LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA (DEPRECAM) EN LA SALUD PÚBLICA

MÓNICA MANZANARES MARTÍN

1 Introducción

El programa DEPRECAM para la detección precoz del cáncer de mama, que lleva a cabo la Comunidad de Madrid desde 1999 a través del Ministerio de Sanidad, entra en una nueva etapa. Su objetivo principal es la detección temprana del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, que tiene una alta tasa de supervivencia si se detecta en una etapa temprana.

El programa de cribado consiste en una serie de actuaciones preventivas encaminadas a la detección precoz de la enfermedad con el fin de mejorar su pronóstico y evitar la muerte prematura y/o la discapacidad asociada.

Basado en el público femenino el objetivo inicial de 879,645 mujeres en esta ronda, población expuesta al menos una vez a beneficiarse durante 2017

En el primer año del programa se llegó a 510.295 mujeres y grupos poblacionales no alcanzados

El número de rondas es de 364 774. Los eventos de los primeros 2 meses de 2018 se han adelantado.

Los porcentajes aproximados de citación, son que las citadas por carta, participaron el 56,703%, las de citación directa su porcentaje de participación es del 42,394% y por otros medios, como vía electrónica, vía telefónica y avisos de SMS el porcentaje de participación es de 0,903%.

Por lo que la participación más por edad es de los 55-59 años y la menos activa por edad es de 67-69 años aproximadamente.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del programa de prevención de cáncer de mama en la salud pública.

3 Metodología

La metodología empleada ha sido la búsqueda empírica por el Servicio Madrileño de Salud, con una observación de sospecha de malignidad del 0,42% en el año 2018, se detectaron un 0,18% de cánceres de mama.

Profesionales de todas las áreas de la sanidad madrileña participan en DEPRE-CAM con el objetivo de garantizar una asistencia segura y de calidad en todas las etapas del proceso (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).

4 Resultados

En 2013-2014, la tasa de cobertura de la última ronda de llamadas/invitaciones anuales de grupos objetivo femeninos alcanzó el 100 %

Porcentaje de mujeres que reciben pruebas de tamizaje en comparación con mujeres invitadas/designadas: 53,62% para la ronda 2013-2014. Encuesta de satisfacción por las mejoras, actividades y resultados de 2015 en el documento del área de descargas.

Participan al menos el 70% de las mujeres invitadas, y si las pacientes están asintomáticas, se descartan tempranamente posibles lesiones mamarias, a veces incluso en etapa precancerosa. Garantizar la vigilancia específica e individual de todas las mujeres con sospecha de patología mamaria maligna o que requieren investigación adicional para descartar hallazgos patológicos, asegurando la igualdad de oportunidades para los diferentes grupos socioeconómicos. Asegura un adecuado nivel de calidad técnica en mamografía y asegura una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales con el seguimiento de los casos detectados. También reduce los efectos negativos de la detección, como la ansiedad, y reduce la dosis de radiación, y evalúa regularmente el programa cada seis meses y retroalimenta la información a los diferentes niveles de atención.

Finalmente, mejora la educación e información sobre la prevención del cáncer para los profesionales y el público en general.

Para la realización de las mamografías de cribado la Organización de contratos, eventos y lugares de trabajo es administrado centralmente por la Oficina Regional de Coordinación de Oncología.

Las actividades del programa fueron realizadas por 7 unidades móviles en 2017 equipadas con cámara de mamografía digital (contrato con AECC) y 7 accesorios ubicados en el centro.

Hay 10 especialistas en mamografía digital directa en Madrid. El cribado de mujeres con prótesis se concentra en el hospital Universidad Princesa (HUP).

En el departamento se realizan inspecciones adicionales e intermedias (B0 y B3). Se han realizado restauraciones en HUP, Hospital de Torrejón y Hospital Príncipe de Asturias. Todos los sospechosos de malignidad (B4 y B5) se han derivado a su hospital de referencia en el Servicio de Salud Madrileño.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los programas de prevención tanto en la Comunidad de Madrid como en todas las comunidades de España, se han podido detectar más cánceres de mama de manera precoz y se ha establecido unos diagnósticos más extractos. Se establece para asegurar la existencia y continuidad de un programa de tamizaje de base poblacional para mujeres de 50 a 69 años con mamografía de doble proyección bilateral cada dos años.

Con este programa se consigue reducir la mortalidad por la enfermedad ayuda a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres afectadas por la enfermedad, ya que la enfermedad es altamente curable si se diagnostica a tiempo.

6 Bibliografía

- Plan de Prevención Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid (DEPRECAM). (2023, 27 junio). Portal de Transparencia. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-prevencion-cancer-mama-comunidad-madrid-deprecam>
- Detección precoz del cáncer de mama. (2023, 15 junio). Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/deteccion-precoz-cancer-mama>
- El programa de detección precoz de cáncer de mama DEPRECAM, que la Comunidad de Madrid está llevando a cabo a través de la Consejería de Sanidad

desde 1999, entra en una nueva fase. Su principal objetivo es la detección temprana del cáncer de mama en mujeres de entre 50 y 69 años, un cáncer que si se detecta en sus fases iniciales tiene altas tasas de supervivencia. (2018, 17 octubre). Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2018/05/13/integramos-pruebas-deteccion-precoz-cancer-mama-deprecam>

Capítulo 319

LA TUBERCULOSIS Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DIAGNÓSTICO

MOISÉS GAMO PASTOR

1 Introducción

Las bacterias son organismos procariotas unicelulares. Existe gran diversidad y para su estudio se emplea la tinción de Gram que tiñe la pared bacteriana y divide a las bacterias en dos grandes grupos: Gram positivas, que tienen una pared gruesa y compacta, constituida por varias capas de peptidoglicano y las Gram negativas, que tienen una pared más fina con una sola capa de peptidoglicano.

Otro grupo de bacterias son las ácido-alcohol resistente o micobacterias, como su nombre indica, van a resistir la decoloración por alcohol en la tinción de gram y, por tanto, no se van a teñir. Se caracterizan por tener una pared celular con gran cantidad de ácidos micólicos, glucolípidos y ceras, es muy lipídica. Tienen gran resistencia a la desecación, a los antimicrobianos y a los desinfectantes.

Las características principales de las micobacterias es que tienen forma de bacilo, son inmóviles, no presentan flagelos, son aerobios estrictos y no forman esporas. Para observarlos al microscopio se emplea dos tipos de tinciones principalmente: la auramina-rodamina o la Ziehl-Neelsen. Esta última consiste en una tinción caliente utilizando como colorante la fucsina, como decolorante se empleará ácido-alcohol y como tinción de contraste el azul de metileno. De esta manera, las bacterias ácido alcohol-resistentes se observarán de color rojo y el resto de color azul.

2 Objetivos

- Explicar qué es la tuberculosis, síntomas, tratamiento, tipos.
- Explicar los tipos de pruebas que existen en el laboratorio para su diagnóstico.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo basado en una investigación documental y una revisión bibliográfica, se han utilizado fuentes de información como artículos, revistas y varios libros, consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave elegidas para la búsqueda de los artículos han sido: tuberculosis, ácido-alcohol resistente, micobacteria, mantoux.

4 Resultados

El *Micobacterium tuberculosis* es la bacteria que causa la enfermedad de la tuberculosis. Principalmente, afecta a los pulmones, aunque puede verse afectado otro tipo de partes como meninges, hígado, vertebras, riñón, ganglios linfáticos, entre otros.

Su transmisión es, mayoritariamente, por vía aérea. El paciente con esta enfermedad expulsa la bacteria al hablar, toser, estornudar, contagiando al resto de personas.

El 95 % de casos y muertes por tuberculosis se registra en países en desarrollo, además padecer de enfermedades que debilitan el sistema inmune, facilita contagiarse de la bacteria. Estar infectado por el VIH aumenta la probabilidad de enfermar de *Micobacterium tuberculosis*. El cáncer, la diabetes, el alcoholismo, la desnutrición y la enfermedad renal también son factores que aumentan el riesgo de contagio.

Existen dos tipos distintos de tuberculosis:

- Infección latente: Presentan la infección, pero no padecen los síntomas y no se puede contagiar la enfermedad. (90-95% de los casos).
- Infección activa: Es la propia enfermedad tuberculosa, aparecen los síntomas y se puede contagiar (10 – 5% de los casos).

Los síntomas más comunes de la tuberculosis pulmonar activa son: tos (pudiendo llegar a haber sangre en el esputo), dolores torácicos, fiebre, sudores nocturnos, debilidad, etc.

Las pruebas que se utilizan en el laboratorio para su diagnóstico son:

- Prueba de Mantoux: Es una prueba para el diagnóstico de infección por tuberculosis. Consiste en una inyección intradérmica con antígenos del *Micobacterium tuberculosis* para comprobar si se ha producido un contacto con la bacteria. El pinchazo se realiza en la cara anterior al antebrazo y se observa la induración que se forma a las 48 horas midiendo el diámetro. Si el diámetro es superior a 5 mm, la prueba se considera positiva. En caso de que el paciente esté vacunado, la induración deberá ser superior a 15 mm.
- Pruebas IGRA (Ensayo de liberación de interferón gamma): Es una prueba sanguínea, por lo que se necesita llevar a cabo una extracción de sangre. Busca si ha existido un contacto previo con proteínas de la tuberculosis. Consiste en la liberación a sangre del interferón gamma, una sustancia que es producida por los glóbulos blancos cuando son expuestos a antígenos de la tuberculosis.
- Cultivo de esputo en Lowenstein: Es la prueba de laboratorio Gold Standard, la que confirma el diagnóstico.
- Baciloscopia: Observación al microscopio de la bacteria posterior a una tinción de Ziehl-Neelsen.

El tratamiento de elección en la enfermedad tuberculosa son la Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. En caso de que exista una tuberculosis multirresistente, el tratamiento con isoniazida y Rifampicina queda descartado y se emplea fármacos como el Pretomanid, Bedaquilina y Lizenolid.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, en el laboratorio, la baciloscopia es el método más barato y rápido para el diagnóstico de la enfermedad, aunque, por desgracia, tiene una escasa sensibilidad. Para establecer un diagnóstico con certeza es necesario realizar un cultivo a partir de esputo recogido del paciente. Actualmente, también se está desarrollando nuevas tecnologías moleculares que ayudan a que la identificación de la bacteria sea más rápida, por ejemplo, el empleo de la PCR o la hibridación en tiras de nitrocelulosa.

Aunque actualmente estas técnicas de biología molecular no pueden sustituir a las técnicas tradicionales, suponen un gran apoyo a la hora de diagnosticar la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Cardona P-J. Patogénesis de la tuberculosis y otras micobacteriosis. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X17303099>.
2. Alcaide F. ¿Qué aporta la biología molecular al diagnóstico de la tuberculosis? Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X09003024>.
3. Tuberculosis. MedlinePlus. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/tuberculosis.html>.

Capítulo 320

TINCIÓN DE GIEMSA

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Podemos definir a las tinciones de hematología como las técnicas necesarias que empleamos para teñir los elementos de la sangre y así poder ser vistas e identificadas al microscopio óptico. Para ello se necesitan la utilización de colorantes necesarios, por lo cual ejercen con componentes celulares de la sangre y pueden teñir dependiendo la afinidad química.

Se hallan varias técnicas de coloración para distinguir las diferentes células sanguíneas, donde la más empleada es el tipo Romanowsky.

Estos colorantes de tipo Romanowsky están formando por una mezcla de colorantes. Ácido, eosina, y básicos, Azur A, B y C y el Azul de Metileno, donde por primera vez se utilizan por el químico Dmitry Lonidovich Romanowsky para probar que el núcleo de los parásitos del Paludismo, en el cual, se demostró con la idea del Teñido Neutro de Erlich, en la que se basa que los colorantes ácidos reaccionan con los básicos para así dar lugar a compuestos con otras propiedades nuevas. De tal forma que, si la eosina, el colorante ácido lo combinas con el azul de metileno, el colorante básico, que es un procedente de las tiazinas, se obtiene una buena visualización del parásito del Paludismo, y también una gama de colores para la observación de las células sanguíneas.

Más adelante, esta técnica fue mejorada en Inglaterra por Leishman y Jenner, y en Alemania por May – Grünwald y Reuter, quienes alcanzan que los colorantes tengan una mayor estabilidad, y el método que aplicamos en la tinción para las

extensiones sanguíneas sea de mayor reproductividad. De tal manera, los colorantes de Wright, Giemsa o Leishman son los colorantes que se emplearían en vez del colorante base de Romanowsky.

La tinción de Giemsa es una tinción que se emplea en medicina y biología, y nos permite ver las estructuras de las células intracelulares más detalladas con los colorantes ácidos y básicos combinados.

2 Objetivos

Dar a conocer la tinción de Giemsa.

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 tinción de Giemsa, en el laboratorio clínico, es una de las más empleada por su.

- Facilidad morfológica.
- Calidad de propiedades diferentes.

Esta tinción está clasificada como tinción tipo Romanowsky, por la que consiste en.

- Solución en metanos de colorante ácido, eosina.
- Dos colorantes básicos, azul de metileno y azur.

Las estructuras celulares se quedarán teñidas con los colorantes en función de si es colorante ácido o básico.

La preparación de la Tinción de Giemsa es sencilla, como la mayoría de las tinciones.

- Se realiza una extensión de sangre, procurando que quede bien fina, en un porta limpio, y lo dejamos secar de 1 – 2 horas aproximadamente.
- Después se cubre la extensión con el metanol durante 3 minutos.

- Lo dejamos que se escurra bien y se seque bien al aire.
- Después de haber hecho esta primera parte, pasamos hacer la segunda parte de la tinción, en la que vamos a echar 0,2 ml de Azur – Eosina – Azul de Metileno, que es la solución de Giemsa, la parte lenta, y se diluye con 2 ml de Solución Tampón con un pH de 7,2. Y posteriormente se homogeniza.
- Después de haber preparado esta solución, se cubre la extensión y lo dejamos que actúe durante 25 minutos.
- Cuando haya pasado el tiempo, lo lavamos bien, durante unos 2 minutos aproximadamente con la solución del Tampón de pH 7,2.
- Luego colocamos la extensión en posición vertical para que se vaya secando al aire.
- Y, por último, se observa la extensión al microscopio, primero lo hacemos con el objetivo de 40X para enfocar la extensión y después con el objetivo de inmersión, 100X.

5 Discusión-Conclusión

En la observación al microscopio se visualizará lo siguiente

- Los eritrocitos se tiñen de un color rosa – asalmonado.
- Las plaquetas se tiñen de un color violeta.
- Los leucocitos se tiñen. o Lo neutrófilo se observa el núcleo de color violeta a rojizo y sus granulaciones de color violeta. o Los eosinófilos se observa el núcleo de color violeta a rojizo y sus granulaciones de color rojo ladrillo a pardo rojizo. o Los basófilos se observa el núcleo violeta a rojizo y sus granulaciones de color violeta oscuro a negro. o Los monocitos se observa el núcleo de color violeta a rojizo y su citoplasma de color azul – grisáceo. o Los linfocitos se observa el núcleo de color violeta y su citoplasma de color azul.

6 Bibliografía

<https://www.celainfob.com/post/tinciones-hematol%C3%B3gicas-giemsa>
https://www.itwreagents.com/download_file/ce_ivd_instructions/CEIVD10/es/CEIVD10_es.pdf

Capítulo 321

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LAS DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

MÓNICA CAYETANO GONZÁLEZ

PALOMA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El Líquido cefalorraquídeo (LCR) es un fluido metabólicamente activo y dinámico que tiene importantes funciones. Su análisis es decisivo para el diagnóstico y tratamiento en enfermedades neurológicas o infecciosas, que implican al cerebro, médula espinal y meninges, así como en la evaluación de hemorragia sub-aracnoidea y en las metástasis leptomeníneas. El cerebro y la médula espinal están rodeados por las meninges, tres membranas de tejido conectivo. La membrana más exterior es la duramadre, nombre que deriva de la densa estructura de su tejido conectivo. En contraste, la membrana más interna o piamadre, envuelve delicadamente el cerebro y la médula espinal y obtiene su nombre de su delicada estructura. Entre ambas hay una fina membrana de tejido conectivo que conecta con la piamadre por numerosas trabéculas de tejido conectivo que recuerdan una tela de araña de la que deriva su nombre, la membrana aracnoides. El espacio sub-aracnoideo está lleno con líquido cefalorraquídeo. Los vasos y el tejido conectivo de la piamadre invaginan la capa epitelial más interna delimitante de los ventrículos (células ependimales), formando los plexos coroideos, los lugares donde

se forma el LCR. El plexo coroideo tiene un núcleo central de tejido conectivo rico en capilares, que está delimitado por células epiteliales con una plétora de microvellosidades que incrementan el área de superficie, facilitando la secreción y la absorción. La formación del LCR en el plexo coroideo se lleva a cabo mediante procesos de ultrafiltración y de transporte activo. Una bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{-ATPasa}$ en el plexo coroideo transporta activamente Na^+ al LCR. Las células epiteliales coroideas contienen anhidrasa carbónica, y el contra-transporte de cloro y bicarbonato es parte integral de la formación del LCR. Otros metabolitos, incluidas las vitaminas, se secretan en el LCR mediante transportadores específicos, mientras que los metabolitos fisiológicos como el hidrógeno, el dióxido de carbono y el amoníaco pueden pasar por difusión simple. Las proteínas se transportan desde el suero al LCR mediante pinocitosis o transportadores específicos.

En resumen, el LCR se forma en los plexos coroideos de los ventrículos, circula por ellos, del cuarto pasa al espacio aracnoideo y vuelve a la sangre a través de las vellosidades aracnoideas. Si se obstruye el flujo del LCR se produce hidrocefalia. El LCR tiene múltiples funciones:

- Protege el cerebro y la médula espinal de cambios súbitos de presión.
- Produce efecto de flotabilidad del cerebro, lo que reduce su peso efectivo de 1500 a 50 gramos, protegiendo las estructuras vitales del cerebro de la necrosis por presión contra el calvarium óseo.
- Mantiene un ambiente químico estable.
- Retira los productos de desecho del metabolismo cerebral.

El LCR se recoge normalmente mediante punción lumbar, aunque también puede obtenerse mediante punción cervical lateral o cisternal. La punción lumbar se realiza insertando una aguja espinal en el espacio subaracnoideo bajo anestesia local entre las 3^a-4^a o 4^a-5^a vértebras lumbares mientras el paciente está recostado de lado en posición reclinada lateral o sentado verticalmente. Una vez que aparece líquido, se utiliza un manómetro para medir la presión de apertura.

Aspecto: transparente Color: agua de roca Volumen total: 100- 150 mL Volumen intraventricular: 20-30 mL Formación 500 mL/ día. En niños se recoge aproximadamente 1 ml de líquido para cada tubo. La esterilidad de la técnica es crítica e indispensable para evitar la introducción de bacterias en el paciente y/o la contaminación del espécimen. Las muestras de LCR deben enviarse al laboratorio al finalizar la extracción para analizarlas inmediatamente, ya que la degeneración celular comienza muy pronto. Los tubos deben transportarse a temperatura ambiente y las muestras para microbiología no se deben refrigerar antes de su análisis ya que algunos microorganismos son sensibles al frío, tiene que ser transportada personalmente hasta el laboratorio y para que así se analice inmediatamente.

2 Objetivos

Describir los conocimientos necesarios para el correcto análisis de la muestra del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) en el laboratorio clínico por el técnico de laboratorio, incluyendo aspectos relacionados con la formación del líquido y su papel fisiológico, las alteraciones más relevantes, así como los aspectos preanalíticos y analíticos, especialmente el análisis bioquímico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión con búsqueda bibliográfica utilizando publicaciones relacionadas con el tema que nos concierne tanto en medios impresos, de diversas instituciones públicas, libros y artículos de revistas científicas, así como a través de buscadores web.

4 Resultados

Dentro del estudio bioquímico del LCR se encuentran los siguientes componentes:

- Glucosa: la glucosa en LCR debe interpretarse en asociación con la concentración de glucosa en plasma o suero en muestras tomadas al mismo tiempo, ya que la concentración de glucosa en el LCR deriva de la glucosa plasmática mediante transporte facilitado y difusión simple. Para que la glucosa plasmática se equilibre con la glucosa del LCR se necesitan alrededor de 2 a 4 horas y la proporción normal de Glucosa LCR/Glucosa Suero es aproximadamente de 0,6 a 0,8. Se observan concentraciones anormalmente bajas de glucosa en LCR en la meningitis bacteriana y también en las infecciones por micobacterias, micoplasmas y hongos en el sistema nervioso central. Una relación de Glucosa LCR/Glucosa Suero inferior a 0,4, orienta a meningitis bacteriana con buena sensibilidad y especificidad. La concentración de glucosa en el LCR suele ser normal durante la mayoría de las meningitis virales, la disminución de la glucosa en el LCR puede deberse a cambios en la función fisiológica del epitelio corioideo y al consumo de patógenos bacterianos y leucocitos; por lo tanto, la glucosa del LCR alterada puede reflejar secuelas de la enfermedad en lugar de la invasión microbiana activa, se pueden observar concentraciones bajas de glucosa en el LCR en procesos no infecciosos, incluidas enfermedades malignas que se infiltran en las meninges, hemorragia subaracnoidea y sarcoidosis del sistema nervioso central.

- Lactato: el lactato de LCR se produce predominantemente por la glucólisis del sistema nervioso central secundaria a hipoxia, isquemia, convulsiones, hemorragia subaracnoidea o meningitis y es independiente del lactato sérico. Los niveles normales en LCR varían de 1,1 a 2,3 mmol/L. La determinación de la concentración de lactato en el LCR se utiliza como una prueba para diferenciar la meningitis bacteriana de la viral, concentraciones superiores a 4,2 mmol/L se consideran sugestivas de meningitis bacteriana mientras que los niveles por debajo de 4,2 mmol/L orientan a meningitis viral.
- Lactato deshidrogenasa (LDH): el intervalo de referencia en LCR es de 0- 23,5 U/L y constituye un marcador inespecífico de necrosis celular. Aumenta en meningitis (aumento marcadamente mayor en meningitis bacteriana en comparación con la viral), en tumores cerebrales primarios y metástasis (especialmente en metástasis meníngeas y en las metástasis hematológicas), con el aumento de la presión intracraneal (hidrocefalia), convulsiones, hipoxia e isquemia cerebral. La determinación de las isoenzimas LDH en el LCR no confiere ninguna utilidad clínica adicional.
- Adenosina desaminasa (ADA): se produce en respuesta al aumento de la actividad inflamatoria después de la infección del sistema nervioso central y se ha propuesto como marcador para distinguir la meningitis tuberculosa de otras formas de meningitis. Aunque se ha demostrado que el ADA en LCR aumenta en aproximadamente el 64% de los casos de meningitis tuberculosa y bacteriana, la mayoría de los estudios concluyen que no aporta ventajas sobre la determinación de proteínas o glucosa.
- Proteínas totales: la concentración normal de proteínas en LCR varía de 0,23 a 0,38 g/L en adultos y en neonatos normalmente oscilan entre 0,2 y 1,7 g/L. La albúmina representa del 50% al 60% del total de proteínas y representa un 0,4% del nivel plasmático. Las causas de elevación de las proteínas en LCR incluyen infecciones (meningitis), hemorragias subaracnoideas, y la disociación albúmino-citológica típica de enfermedades desmielinizantes inflamatorias. Los mecanismos implicados en el incremento de las proteínas en LCR incluyen el aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, generalmente debido a enfermedades inflamatorias. Otro mecanismo es el flujo reducido de LCR debido a un absceso, tumor, que implican más tiempo para lograr el equilibrio de proteínas entre el LCR y el plasma. También produce un aumento de proteínas en LCR la síntesis intratecal y la destrucción del tejido cerebral.
- B2 Transferrina o Proteína Tau Distinción entre LCR vs otro líquido (ej: rinorrea vs otorrea)
- Inmunoglobulinas IgG: infección, enfermedades desmielinizantes del SNC, etc.

IgM: marcador precoz infección

-Proteína beta traza Proteína 14-3-3 Enfermedad por priones Enfermedad Creutzfeldt-Jacob.

El LCR se recoge en una serie de 3 o 4 tubos estériles sin aditivos, numerados secuencialmente de acuerdo a la secuencia de recolección. El primer tubo recolectado se envía para el análisis bioquímico y serológico, el segundo tubo para el estudio microbiológico y el tercero para el recuento celular y el diferencial y el motivo por el que se solicita se transportan según los protocolos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

La función de un técnico de laboratorio con la muestra del líquido cefalorraquídeo es muy importante, hay que realizar las pruebas diagnósticas necesarias para un diagnóstico inmediato, con la máxima calidad y lo más rápido posible. Las determinaciones realizadas no deben durar más de 46 minutos. Al laboratorio deben llegar acompañadas de la solicitud de las pruebas solicitadas, indicando, además de los datos del paciente y del médico, el motivo por el que se solicita.

El análisis urgente del LCR es de gran importancia para poder diagnosticar una posible causa infecciosa e instaurar el tratamiento adecuado precozmente. , el análisis del líquido cefalorraquídeo es muy amplio y abarca distintos laboratorios. La mayoría de los estudios necesarios los hace el técnico en el laboratorio. También saber manejar la muestra en condiciones de asepsia para estudios microbiológicos y bioquímicos, de forma que no se contamine y así sea fiable el diagnóstico en caso de detectar algún patógeno. Gracias a este trabajo en el laboratorio, se consigue el diagnóstico fiable y con la mayor rapidez.

6 Bibliografía

1. El líquido cefalorraquídeo :Guillén E, Buño A, Díaz R, Galán A, Guevara P, Malumbres S et al. Recomendaciones para el estudio del líquido cefalorraquídeo. Barcelona: Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular; 2010.
2. Análisis del Líquido cefalorraquídeo : Evaluación y rendimiento clínico de dos analizadores hematológicos (Sysmex XE 5000 y ADVIA® 120) para el análisis del Líquido Cefalorraquídeo. Libro de Comunicaciones III Congreso Laboratorio Clínico, Valencia 2009 .2009. Ref Type.

Capítulo 322

TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA DEL PÁNCREAS

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

La ecografía del páncreas es una técnica de imagenología no invasiva que utiliza ultrasonido para visualizar y evaluar el páncreas, un órgano ubicado detrás del estómago y delante de la columna vertebral. Esta herramienta proporciona información importante sobre la estructura y la salud del páncreas, lo que es esencial para el diagnóstico de diversas afecciones.

Durante una ecografía del páncreas, un gel conductor se aplica en el área abdominal y un transductor de ultrasonido se desliza sobre la piel. Las ondas sonoras generadas por el transductor rebotan en los tejidos y se convierten en imágenes en tiempo real en un monitor. Esto permite al médico o al especialista en imágenes evaluar el tamaño, forma y textura del páncreas, así como identificar posibles anormalidades, como quistes, tumores o inflamación.

La ecografía del páncreas es especialmente útil en la detección temprana de afecciones como pancreatitis aguda o crónica, tumores pancreáticos y cálculos biliares que puedan afectar al páncreas. Además, puede proporcionar información sobre la relación entre el páncreas y otros órganos cercanos.

Esta técnica es segura y no implica radiación ionizante. Sin embargo, puede depender de la posición del paciente y la calidad del equipo utilizado. A menudo, se combina con otras pruebas de imagen y exámenes para un diagnóstico completo.

La ecografía del páncreas es una herramienta valiosa en la evaluación de la salud pancreática. Permite detectar afecciones tempranamente y proporciona información esencial para el diagnóstico y el tratamiento adecuado de diversas enfermedades pancreáticas.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la ecografía de páncreas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un rol esencial en la realización exitosa de una ecografía del páncreas, colaborando con el paciente y el equipo médico para obtener imágenes precisas y detalladas de este órgano. Aquí se detallan las funciones clave que el técnico de rayos desempeña en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico acoge al paciente, explica el procedimiento de la ecografía del páncreas y responde a sus preguntas. Asegura que el paciente esté informado y cómodo antes de comenzar el examen.

Posicionamiento adecuado: Colocar al paciente en la posición correcta es esencial para obtener imágenes óptimas del páncreas y las estructuras circundantes. El técnico guía al paciente para que adopte la posición requerida.

Aplicación del gel conductor: Aplicar un gel conductor en el área abdominal mejora la transmisión de las ondas sonoras y facilita la obtención de imágenes de alta calidad.

Manejo del transductor: El técnico desliza el transductor de ultrasonido sobre la piel del área abdominal, asegurándose de obtener vistas claras y detalladas del páncreas y las estructuras vecinas.

Captura de imágenes: El técnico obtiene imágenes en tiempo real del páncreas, evaluando su tamaño, forma y textura. Puede ajustar la posición y los ángulos del transductor para obtener vistas completas.

Colaboración con el médico: En algunos casos, el médico puede requerir imágenes específicas para una evaluación precisa. El técnico colabora con el equipo médico para proporcionar la información necesaria.

Documentación y registro: Registrar detalles relevantes del procedimiento, como las imágenes capturadas y las observaciones, es esencial para el registro médico y el seguimiento.

Ética y privacidad: El técnico debe respetar la privacidad del paciente en todo momento, manteniendo un ambiente de confidencialidad y dignidad.

El técnico de rayos desempeña un rol fundamental en la ecografía del páncreas al obtener imágenes detalladas y precisas de este órgano. Su habilidad para operar el equipo con precisión, colaborar con el paciente y el equipo médico, y documentar los resultados contribuye directamente a una evaluación exitosa del páncreas y al diagnóstico de posibles afecciones.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para una ecografía del páncreas exitosa es seguir las instrucciones del técnico de rayos y mantener una posición cómoda durante el examen. Colabora activamente con el técnico, quien te guiará para obtener las imágenes más claras y detalladas. La tranquilidad y la quietud son fundamentales para capturar imágenes precisas del páncreas y las estructuras cercanas. Comu-

nica cualquier incomodidad o preocupación antes o durante el procedimiento. Beber suficiente agua antes del examen puede mejorar la visibilidad del páncreas. Ten en cuenta que la ecografía del páncreas es una herramienta valiosa para el diagnóstico de diversas afecciones. Siguiendo estas recomendaciones, contribuirás a obtener resultados precisos y satisfactorios en la evaluación de la salud de tu páncreas.

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 323

TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

La tomografía ósea, también conocida como tomografía computarizada (TC) ósea, es una técnica de imagenología avanzada que proporciona imágenes detalladas y tridimensionales de los huesos y tejidos circundantes. Este método se utiliza para diagnosticar y evaluar una amplia variedad de condiciones óseas, como fracturas, lesiones, infecciones, tumores y trastornos degenerativos.

Durante una tomografía ósea, el paciente se coloca en una camilla que se desliza dentro de un escáner de tomografía. Los rayos X de múltiples ángulos se utilizan para crear imágenes transversales del área en estudio. Estas imágenes se combinan para formar una vista en 3D de la estructura ósea, lo que permite a los médicos examinar los huesos desde diferentes perspectivas y con un alto nivel de detalle.

La tomografía ósea es especialmente útil cuando se requiere una evaluación más precisa que la que puede ofrecer una radiografía convencional. Puede ayudar a determinar la extensión de las lesiones, planificar cirugías ortopédicas y monitorear la evolución de afecciones óseas a lo largo del tiempo.

Si bien la tomografía ósea ofrece imágenes detalladas, utiliza una cantidad significativa de radiación ionizante y generalmente se reserva para casos en los que la información obtenida es crucial para el diagnóstico y el tratamiento. Los beneficios de obtener información precisa y detallada sobre las condiciones óseas superan los riesgos en muchos casos.

La tomografía ósea es una herramienta valiosa para el diagnóstico y la evaluación de afecciones óseas. Proporciona imágenes en 3D de alta calidad que ayudan a los médicos a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la atención médica, especialmente en situaciones donde se requiere un alto nivel de detalle para evaluar las condiciones óseas.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la realización de tomografías.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la realización exitosa de una tomografía ósea, colaborando estrechamente con el paciente y el equipo médico para obtener imágenes detalladas y precisas de las estructuras óseas. Aquí se describen las funciones clave que el técnico de rayos cumple en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico acoge al paciente, explica el procedimiento

de la tomografía ósea y responde a sus preguntas. Asegura que el paciente esté informado y cómodo antes de comenzar el examen.

Posicionamiento adecuado: Colocar al paciente en la posición correcta es esencial para obtener imágenes óptimas de las estructuras óseas en estudio. El técnico guía al paciente para que adopte la posición necesaria.

Aplicación de contraste: En algunos casos, puede ser necesario administrar un agente de contraste intravenoso para resaltar las estructuras óseas y mejorar la calidad de las imágenes. El técnico se asegura de que el contraste se administre adecuadamente y en la cantidad requerida.

Configuración del equipo: Ajustar el equipo de tomografía ósea es una función crítica del técnico. Esto implica configurar los parámetros según las necesidades del paciente y la región a examinar.

Colocación del paciente en el escáner: El técnico coloca al paciente en la camilla del escáner de tomografía y se asegura de que esté posicionado de manera precisa para capturar las imágenes requeridas.

Operación del escáner: Operar el escáner de tomografía y realizar el estudio en 3D es una función esencial del técnico. Asegura que el equipo funcione correctamente y que se obtengan imágenes de alta calidad.

Captura de imágenes: El técnico guía el escáner para que capture imágenes transversales detalladas de las estructuras óseas. Asegura que las imágenes sean nítidas y que abarquen las áreas de interés.

Colaboración con el médico: En algunos casos, el médico puede requerir imágenes específicas o detalles técnicos para una evaluación precisa. El técnico colabora con el equipo médico para proporcionar la información necesaria.

Documentación y registro: Registrar detalles relevantes del procedimiento, como las imágenes obtenidas y cualquier observación, es esencial para el registro médico y el seguimiento.

El técnico de rayos desempeña un rol crítico en la tomografía ósea al obtener imágenes detalladas y precisas de las estructuras óseas. Su habilidad para operar el equipo con precisión, colaborar con el paciente y el equipo médico, y documentar los resultados contribuye directamente a una evaluación exitosa de las condiciones óseas y al diagnóstico de posibles afecciones.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para una tomografía ósea exitosa es seguir las instrucciones del técnico y mantener una posición cómoda durante el examen. Colabora activamente para asegurarte de que el escáner capture las imágenes óptimas de las estructuras óseas. Mantén la calma y la quietud para obtener imágenes claras y detalladas. Si se administra contraste, comunica cualquier reacción o inquietud al técnico. Beber suficiente agua antes del examen puede mejorar la calidad de las imágenes. Recuerda que la tomografía ósea es una herramienta valiosa para el diagnóstico y la evaluación de afecciones óseas. Siguiendo estas recomendaciones, contribuirás a obtener resultados precisos y satisfactorios en la evaluación de la salud de tus huesos.

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 324

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA SIN CONTRASTE

PAULA CEA MARTINEZ

SARA LAZARO LOPEZ

MARTA PIRE SOLAUN

PAULA BURGALETA VÁZQUEZ

LAURA LÓPEZ ESCRIBANO

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) sin contraste es una técnica de imagenología no invasiva que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo. A diferencia de la resonancia magnética con contraste, esta técnica no requiere la administración de un agente de contraste intravenoso. La RM sin contraste es útil para diagnosticar una amplia variedad de condiciones médicas y evaluar diferentes partes del cuerpo, incluyendo cerebro, médula espinal, articulaciones, músculos y órganos internos.

Durante una RM sin contraste, el paciente se coloca en una camilla que se desliza dentro del escáner de resonancia magnética. El equipo utiliza campos magnéticos y ondas de radio para generar imágenes detalladas de las estructuras internas

del cuerpo. Estas imágenes pueden mostrar con claridad los tejidos blandos, los vasos sanguíneos y los órganos, lo que permite a los médicos realizar diagnósticos precisos.

La RM sin contraste es especialmente útil para pacientes que tienen alergias al contraste o condiciones médicas que pueden hacer que el uso de contraste sea riesgoso. Sin embargo, puede haber situaciones en las que la administración de contraste sea necesaria para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras.

Esta técnica ofrece una resolución excepcional de los tejidos blandos y no utiliza radiación ionizante, lo que la hace segura para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, puede requerir que el paciente permanezca quieto durante el procedimiento para obtener imágenes nítidas y de alta calidad.

La resonancia magnética sin contraste es una técnica de imagenología valiosa y segura que proporciona imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo sin la necesidad de administrar contraste. Es útil para diagnosticar y evaluar diversas condiciones médicas en una variedad de áreas anatómicas, brindando información esencial para el diagnóstico y el tratamiento.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el técnico de rayos en la resonancia magnética sin contraste.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un rol crucial en la realización exitosa de una resonancia magnética (RM) sin contraste, colaborando con el paciente y el equipo médico para obtener imágenes detalladas y precisas de las estructuras internas

del cuerpo. Aquí se describen las funciones clave que el técnico de rayos cumple en este proceso:

Preparación del paciente: El técnico recibe al paciente y explica el procedimiento de la RM sin contraste. Asegura que el paciente esté informado sobre el proceso y responde a sus preguntas para aliviar cualquier ansiedad.

Posicionamiento adecuado: Colocar al paciente en la posición correcta es esencial para obtener imágenes óptimas de las áreas en estudio. El técnico guía al paciente para que adopte la posición requerida.

Verificación de seguridad: El técnico asegura que el paciente no tenga objetos metálicos en su cuerpo, ya que los campos magnéticos de la RM pueden interferir con ellos. Garantizar la seguridad del paciente es una prioridad.

Explicación del proceso: Antes de ingresar al escáner de RM, el técnico proporciona al paciente información sobre la duración del examen y cómo debe permanecer quieto para obtener imágenes nítidas.

Operación del escáner: Operar el escáner de resonancia magnética es una función clave del técnico. Asegura que el equipo esté configurado adecuadamente para el tipo de estudio y que funcione correctamente.

Colocación del paciente en el escáner: El técnico ayuda al paciente a ingresar al escáner de resonancia magnética y se asegura de que esté cómodo y en la posición adecuada.

Captura de imágenes: Durante el procedimiento, el técnico guía el escáner para capturar imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo. Asegura que las imágenes sean claras y de alta calidad.

Comunicación con el paciente: Durante la RM, el técnico mantiene una comunicación constante con el paciente a través de un sistema de intercomunicación. Esto ayuda a mantener al paciente informado y tranquilo durante el procedimiento.

Colaboración con el médico: En algunos casos, el médico puede requerir imágenes específicas para una evaluación precisa. El técnico colabora con el equipo médico para proporcionar la información necesaria.

Documentación y registro: Registrar detalles relevantes del procedimiento y cualquier observación es esencial para el registro médico y el seguimiento.

El técnico de rayos desempeña un rol fundamental en la resonancia magnética sin contraste al obtener imágenes detalladas y precisas de las estructuras internas del cuerpo. Su habilidad para operar el equipo con precisión, colaborar con el paciente y el equipo médico, y documentar los resultados contribuye directamente a una evaluación exitosa y al diagnóstico de posibles afecciones.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para una resonancia magnética sin contraste exitosa es mantener la calma y permanecer quieto durante el procedimiento. Escucha atentamente las instrucciones del técnico y sigue su guía para la posición y la respiración. La tranquilidad contribuye a obtener imágenes nítidas y detalladas. Asegúrate de informar al técnico sobre cualquier inquietud o ansiedad antes de comenzar. Mantén una actitud relajada y cooperativa, y recuerda que la RM sin contraste es una herramienta valiosa para el diagnóstico y la evaluación de diversas condiciones médicas. Siguiendo estas recomendaciones, contribuirás a obtener resultados precisos y satisfactorios en la evaluación de la salud de tus estructuras internas.

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 325

TINCIONES HEMATOLÓGICAS: AZUL DE CRESIL BRILLANTE

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

1 Introducción

Las tinciones hematológicas son aquellas técnicas o procedimientos utilizados para teñir los diferentes tipos de células sanguíneas. Gracias a estas tinciones, estas células van a poder ser observadas bajo el microscopio y van a poder ser identificadas.

Para realizar estas tinciones es necesario utilizar diferentes tipos de colorantes que van a actuar sobre la célula en función de su estructura y composición química.

Los colorantes son sustancias que tienen la capacidad de transferir color a otros compuestos, se disuelven en agua o actúan como disolventes orgánicos. Por lo tanto, los colorantes van a permitir: observar la celularidad y sus componentes, observar aquellas estructuras que sin una tinción previa serían transparentes, observar la forma o tamaño de las diferentes células y observar las diferentes estructuras celulares.

Estos colorantes se pueden clasificar atendiendo a la afinidad que tienen ciertos colorantes con algunas estructuras y composiciones químicas celulares:

- Colorantes ácidos: van a poseer un anión, que le da la carga negativa, por lo que se unen a estructuras celulares básicas que tienen carga positiva. Están constituidos por sales y una base incolora.
- Colorantes básicos: van a poseer un catión que les confiere la carga positiva. Este catión es el que aporta el color. Son afines a estructuras ácidas, principalmente núcleos y carbohidratos ácidos.
- Colorantes neutros: van a estar constituidos por un colorante aniónico y un catiónico, ambos van a conferir color a los componentes celulares.

Las tinciones a su vez se pueden clasificar en:

- Tinción simple: es aquella tinción en la que solo se va a utilizar un colorante, quedando así la muestra teñida de un solo color.
- Tinción diferencial: es aquella tinción en la que se van a emplear diferentes tipos de colorantes y/o reactivos. Van a permitir diferenciar entre células o estructuras de células.

Además, se pueden dividir también atendiendo al nivel de vitalidad de las células que se pretenden colorear, hablamos entonces de:

- Tinción vital o supravital: son aquellas que se realizan sobre células vivas, las tinciones vitales, que consisten en introducir un colorante en la circulación de un organismo vivo y las tinciones supravitales, utilizan el colorante sobre células o tejidos vivos aislados del organismo.
- Tinción no vital: son aquellas que se realizan sobre células muertas.

La tinción de Azul brillante de Cresil, como se verá, se utiliza para realizar el recuento de hematíes inmaduros, en este caso de reticulocitos.

2 Objetivos

- Conocer e indicar los tipos de tinciones y colorantes.
- Exponer la finalidad de la tinción de Azul de Cresil Brillante.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a término una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para la obtención de datos se han utilizado los buscadores Google Académico, Dialnet y Pubmed. También se han consultado cursos de formación continuada, así como libros de preparación de oposiciones.

4 Resultados

La tinción de Azul de Cresil Brillante es una tinción supravital, tiñe el ARN residual, Ribosomas y Mitocondrias precipitados en los eritrocitos inmaduros. Esta tinción se utiliza para realizar el recuento de reticulocitos.

- Los reticulocitos son células anucleadas (su precursor, el eritroblasto ortocromático ha expulsado el núcleo de su interior).
- Tienen un diámetro de 8-9 μm .
- Los reticulocitos siguen teniendo organelas citoplasmáticas que le permiten formar elementos con ARN o proteínas como hemoglobina.
- Sus tinciones son casi acidófilas con algún resto de basofilia.
- Cuando se expulsan de la médula ósea al sistema circulatorio permanece hasta 24 horas en el mismo estado, para concluir su maduración y transformarse en eritrocito maduro.

En condiciones normales los reticulocitos van a constituir entre el 0,5 y el 2 % de los eritrocitos totales. Este porcentaje de reticulocitos suele aumentarse en hemorragias intensas, anemias hemolíticas, esplenectomía, en tratamiento de anemias carenciales...

La cuantificación de reticulocitos en sangre periférica tiene importancia, ya que permite determinar el carácter regenerativo (anemias regenerativas, aumenta la cifra de reticulocitos) o carácter arregenerativo (anemias arregenerativas, reticulocitos disminuidos) de una anemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como una disminución de los valores de hemoglobina por debajo de ciertos límites que se sitúan en 13 mg/dl para hombres y 12 mg/dl para mujeres. En los niños se sitúan en 11 mg/dl desde los 6 meses hasta los 6 años y en 14 mg/dl desde los 6 a los 14 años. Las anemias arregenerativas van a aparecer por una incapacidad de médula ósea para poder sintetizar o finalizar una maduración normal de eritrocitos. Las anemias regenerativas van a aparecer en estados de hemólisis severas o en hemorragias.

Como hemos dicho, para hacer el recuento de reticulocitos vamos a emplear la tinción de Azul Brillante de Cresil. Los numerosos errores que se cometen a la hora de realizar un recuento normal de reticulocitos, ha originado que el ICSH (International Council for Standardization in Haematology) haya desarrollado un método de referencia que ha sido aceptado por la OMS. Este método está basado en el empleo del retículo de Miller.

Los hematíes tras la tinción van a estar teñidos de color verde-amarillento y los reticulocitos se van a reconocer por los filamentos de ARN presentes en el interior

teñidos de azul.

Lo primero que se realiza es la preparación del colorante que contiene: 80 ml de solución salina al 0,9 %, 20 ml de citrato sódico al 3% y 1 gramo de azul de cresil brillante.

La muestra que vamos a utilizar es sangre total anticoagulada con EDTA y la extracción debe ser inferior a 6 horas.

La técnica es la siguiente:

- Añadir 3 gotas de muestra y 3 gotas de colorante a un tubo.
- Cerrar tubo e incubar al baño maría durante 5 minutos a 37°C.
- Mezclar suavemente.
- Realizar frotis.
- Observar al microscopio.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca, por tanto, que es muy importante este método, gracias a él podemos hacer un cálculo de los reticulocitos, y así poder afinar mejor en un diagnóstico más claro y conciso por parte de los profesionales que son los que solicitan este tipo de pruebas. Los colorantes de laboratorio microbiológico permiten un diagnóstico rápido y sugestivo de agentes infecciosos, por lo que juegan un papel importante en la decisión inicial sobre el tratamiento de enfermedades infecciosas. Se debe realizar la tinción adecuada según el agente infeccioso sospechoso y el tipo de muestra clínica. Spots es una herramienta básica, moderna y universal para el diagnóstico microbiológico.

6 Bibliografía

Vives, J., y Aguilar, J. (2006). Manual de técnicas de laboratorio en hematología. España: Elsevier

Dacie y Lewis. Hematología práctica. By Barbara J. Bain, FRACP, FRCPATH, Imelda Bates, MB BS, MD, MA, FRCPATH and Mike A Laffan, DM, FRCP, FRCPATH 12 edition Elsevier ISBN 9788491132455

Técnicas de análisis hematológicos. Editorial Paraninfo. ISBN 9788428335232

Técnico Especialista en Laboratorio de Diagnóstico Clínico. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Volumen 2. ISBN 9788414226186

Capítulo 326

TRICHOMONAS VAGINALIS

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

1 Introducción

Trichomonas vaginalis es un protozoo que constituye el agente etiológico de la tricomoniasis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de importancia mundial. La tricomoniasis es la ETS no viral más común y se asocia con muchas complicaciones perinatales, infecciones del tracto genitourinario masculino y femenino y una mayor incidencia de transmisión del VIH. El diagnóstico es difícil, ya que los síntomas de la tricomoniasis imitan a los de otras ETS y los métodos de detección carecen de precisión. Aunque los protocolos de tratamiento actuales que involucran nitroimidazoles son curativos, la resistencia al metronidazol está en aumento, lo que destaca la necesidad de investigar antibióticos alternativos. El desarrollo de vacunas se ha visto limitado por la falta de comprensión del papel de la respuesta inmune del huésped a la infección por *T. vaginalis*. La falta de un buen modelo animal ha dificultado la realización de estudios estandarizados en el desarrollo y patogénesis de fármacos y vacunas. El trabajo actual sobre patogénesis se ha centrado en la relación huésped-parásito, en particular los eventos iniciales necesarios para establecer la infección. Estos estudios han ilustrado que la

patogénesis de *T. vaginalis* es de hecho muy complejo e implica adhesión, hemólisis y factores solubles como cisteína, proteinasas y factor de desprendimiento de células. La interacción de *T. vaginalis* con los miembros de la flora vaginal residente, una estrategia avanzada de evasión inmunitaria y ciertas respuestas al estrés permiten al organismo sobrevivir en su entorno cambiante.

El *Trichomonas vaginalis* es un protozoo parásito que es la causa de la tricomoniasis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de importancia mundial. La enfermedad abarca una amplia gama de síntomas que van desde un estado de inflamación e irritación severas, con una secreción espumosa y maloliente, hasta un estado de portador relativamente asintomático. Datos recientes han demostrado que la incidencia anual de tricomoniasis es de más de 170 millones de casos en todo el mundo. Más preocupante es el número de casos asintomáticos que no se tratan. Solo en América del Norte, se notifican más de ocho millones de casos nuevos cada año, con una tasa estimada de casos asintomáticos de hasta el 50%. Esta enfermedad tiene importantes implicaciones médicas, sociales y económicas.

Las mujeres que se infectan durante el embarazo están predispuestas a la rotura prematura de las membranas placentarias, el parto prematuro y los bebés con bajo peso al nacer. También se relacionan con esta enfermedad el cáncer de cuello uterino, la enfermedad inflamatoria pélvica atípica y la infertilidad.

Al igual que con otras ETS, la infección por *T. vaginalis* puede aumentar la predisposición de las personas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Laga y col. encontraron que la seroconversión del VIH en mujeres prostitutas se asoció significativamente con la aparición de otras ETS no ulcerosas, como la tricomoniasis. Se cree que la tricomoniasis puede aumentar la transmisión del VIH al provocar acumulaciones locales de células infectadas por el VIH o sensibles al VIH, como linfocitos y macrófagos.

2 Objetivos

- Analizar los aspectos clínicos y microbiológicos del *Trichomonas vaginalis*.
- Identificar los diferentes síntomas clásicos asociados con el diagnóstico clínico del *Trichomonas vaginalis*.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos en español e inglés publicados en la base de datos PubMed y Google Académico.

Los términos y frases de búsqueda utilizados para identificar los artículos relevantes para el tema de investigación incluyeron descriptores en español y en inglés: *Trichomonas vaginalis*, aspectos clínicos, aspectos microbiológicos, diagnóstico y tratamiento, que arrojaron 133 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo, un total de 10.

4 Resultados

Los síntomas clásicos asociados con el diagnóstico clínico de *T. vaginalis* incluyen secreción espumosa de color verde amarillento, prurito, disuria, dispareunia y el cuello uterino en "fresa", que se caracteriza por lesiones hemorrágicas punteadas. El diagnóstico de tricomoniasis ha dependido tradicionalmente de la observación microscópica de protozoos móviles en las secreciones vaginales o cervicales, un procedimiento descrito por primera vez por Donné en 1836.

Las tricomonas se pueden diferenciar sobre la base de su motilidad característica. La sensibilidad de esta técnica varía desde un 38% hasta un 82%. Aunque este método es ciertamente la prueba de diagnóstico más rentable, está lejos de ser óptimo en términos de confiabilidad porque tiene baja sensibilidad. Esto puede deberse a la pérdida de motilidad distintiva después de que el protozoo se ha eliminado de la temperatura corporal.

Se estima que hay ocho serotipos observados en *T. vaginalis*. Sin embargo, mediante el análisis de inmunotransferencia, se observa una amplia variedad de marcadores antigénicos. Se han utilizado varias técnicas que incluyen aglutinación, fijación del complemento, hemaglutinación indirecta, difusión en gel, anticuerpos fluorescentes y ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas para demostrar la presencia de anticuerpos antitricomonales.

La detección directa de antígenos de *T. vaginalis* en muestras clínicas mediante el uso de anticuerpos monoclonales es prometedora como método rápido en el diagnóstico de tricomoniasis. Krieger y col. obtuvieron dos anticuerpos monoclonales ampliamente reactivos que identificaron las 88 cepas de *T. vaginalis* obtenidas de diversas áreas geográficas de América del Norte. Los anticuerpos monoclonales contra inmunógenos como las proteínas de 62 y 65 kDa para la detección de *T. vaginalis* a partir de muestras clínicas dieron resultados similares a los de las preparaciones en húmedo.

Las técnicas de ADN recombinante se han utilizado cada vez más en los laboratorios clínicos para mejorar la especificidad y sensibilidad del diagnóstico de *T. vaginalis*. El uso de métodos de PCR ayuda a detectar organismos no viables y también tiene la capacidad de detectar células y secuencias diana en muestras

clínicas que han sufrido fijación o degradación parcial.

Es importante tener en cuenta los síntomas clásicos, que están asociados con el diagnóstico clínico de *T. vaginalis* incluyen secreción espumosa de color verde amarillento, prurito, disuria, dispareunia y el cuello uterino en "fresa", que se caracteriza por lesiones hemorrágicas punteadas.

El diagnóstico de tricomoniasis ha dependido tradicionalmente de la observación microscópica de protozoos móviles en las secreciones vaginales o cervicales, un procedimiento descrito por primera vez por Donné en 1836.

Las tricomonas se pueden diferenciar sobre la base de su motilidad característica. La sensibilidad de esta técnica varía desde un 38% hasta un 82%. Aunque este método es ciertamente la prueba de diagnóstico más rentable, está lejos de ser óptimo en términos de confiabilidad porque tiene baja sensibilidad. Esto puede deberse a la pérdida de motilidad distintiva después de que el protozoo se ha eliminado de la temperatura corporal.

Se estima que hay ocho serotipos observados en *T. vaginalis*. Sin embargo, mediante el análisis de inmunotransferencia, se observa una amplia variedad de marcadores antigénicos. Se han utilizado varias técnicas que incluyen aglutinación, fijación del complemento, hemaglutinación indirecta, difusión en gel, anticuerpos fluorescentes y ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas para demostrar la presencia de anticuerpos antitricomonales.

La detección directa de antígenos de *T. vaginalis* en muestras clínicas mediante el uso de anticuerpos monoclonales es prometedora como método rápido en el diagnóstico de tricomoniasis. Krieger y col. obtuvieron dos anticuerpos monoclonales ampliamente reactivos que identificaron las 88 cepas de *T. vaginalis* obtenidas de diversas áreas geográficas de América del Norte. Los anticuerpos monoclonales contra inmunógenos como las proteínas de 62 y 65 kDa para la detección de *T. vaginalis* a partir de muestras clínicas dieron resultados similares a los de las preparaciones en húmedo.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de todas las personas infectadas, ya sean sintomáticas o asintomáticas, así como los programas de prevención y educación pública, ayudarán a frenar la propagación de la enfermedad. Sin embargo, la resistencia al metronidazol de las tricomonas va en aumento y puede haber un momento en que el metronidazol deje de ser eficaz. Además, el metronidazol no se puede utilizar para todas las personas.

Claramente, se necesitan nuevos tratamientos fuera de la familia del nitroimidazol. Sin embargo, una vacuna eficaz sería particularmente bienvenida, especialmente en áreas de alta prevalencia de enfermedades. Solo cuando los mecanismos de patogénesis estén bien definidos seremos capaces de desarrollar nuevas estrategias para controlar esta enfermedad.

T. vaginalis es un organismo muy complejo, desde su bioquímica hasta los mecanismos de patogenia. Las áreas de patogénesis que deben perseguirse incluyen definir factores solubles, dilucidar aún más la relación dependiente del contacto entre el epitelio vaginal y *T. vaginalis*, y definir cómo el organismo puede establecerse en un ambiente normalmente inhóspito y cambiante

6 Bibliografía

1. Brown M. T., Tricomoniasis. Médico 209 1972 639 644.
2. Organización Mundial de la Salud Una descripción general de determinadas enfermedades curables de transmisión sexual Programa mundial sobre el SIDA. 1995 2 27 Organización Mundial de la Salud Ginebra, Suiza.
3. Fouts A. C., Kraus S. J., *Trichomonas vaginalis* : reevaluación de su presentación clínica y diagnóstico de laboratorio. J. Infect. Dis. 141 1980 137 143

Capítulo 327

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA CENTRÍFUGA EN EL LABORATORIO HOSPITALARIO

MARÍA DEL PILAR GARCÍA MARTÍN

MARÍA DOLORES GARCÍA UCEDA

ANA MARÍA VALENCIA LAGUNA

MANUELA GARCÍA ARIAS

BEATRIZ RODRÍGUEZ BACETE

1 Introducción

En este capítulo se va a hablar sobre una de tantas rutinas que se llevan a cabo en un laboratorio hospitalario por parte de los técnicos de laboratorio. Una centrífuga es un dispositivo de laboratorio que utiliza la fuerza centrífuga para separar componentes de una mezcla heterogénea en función de su densidad. Es un dispositivo experimental que produce movimiento de rotación y está diseñado para separar los componentes que componen una sustancia. Las centrífugas constan de un motor giratorio de un solo eje conectado a un rotor o extremo para sostener los tubos que contienen la muestra a centrifugar. Cuando el sistema gira a una determinada velocidad (revoluciones por minuto (RPM)), se genera fuerza centrífuga. Esta fuerza actúa sobre las partículas de la mezcla, provocando que esta se separe debido a las diferentes densidades de los componentes, de manera

que las partículas más densas se depositan en el fondo del tubo (sedimento) y las partículas más ligeras quedan en la parte superior (flotando arriba). La velocidad de la centrífuga se expresa en revoluciones por minuto (rpm) y la fuerza que produce se expresa en fuerza centrífuga relativa (cfr). En este capítulo discutiremos diferentes partes de las centrífugas, diferentes tipos de centrífugas, tipos de centrífugas y finalmente, hablaremos sobre el uso y mantenimiento de las centrífugas.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar la utilidad de la centrífuga en el laboratorio por parte de los técnicos de laboratorio

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó un estudio que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se revisaron artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, que seleccionaron artículos científicos con contenido relacionado con el tema de investigación.

4 Resultados

La centrífuga consta de diferentes partes:

- Rotor o cabezal: Aquí es donde se coloca la muestra. Tal vez: horizontales u oscilantes. Ángulo o ángulo fijo. El rotor se encuentra dentro de la cámara, la cual tiene una tapa con cierre de seguridad que impide su apertura hasta que se completa la centrifugación y se coloca en la posición inicial.
 - Eje centrífugo: soporta el rotor y actúa como eje giratorio.
 - Motor: acciona el eje con el portamuestras bajo la acción de la fuerza centrífuga.
 - Interruptor de arranque.
 - Temporizador.
 - Control de velocidad.
 - Frenar. Agente protector para minimizar la formación de partículas de aerosol.
 - Refrigerador para reducir la temperatura en la cámara.
- Existen diferentes tipos de centrífugas:
- Centrífuga fija o clínica de baja velocidad: tamaño pequeño, sin refrigeración, velocidad máxima 6000 rpm. Se utiliza para separar partículas grandes (células sanguíneas y orina). Hay muchos tipos de estas centrífugas:

- Velocidad de microcentrífuga de hasta 13.000 rpm con un volumen de trabajo muy pequeño, puede enfriarse o no refrigerarse. Utilizado en biología molecular.
- Velocidad de centrífuga para microhematocrito de 10.000 a 18.000 rpm, especialmente para tubos capilares.
- Centrífuga de alta velocidad: velocidad de 18.000 a 25.000 rpm. Están refrigerados y suelen tener un sistema de vacío que evita que el rotor se caliente debido a la fricción del aire. Se utiliza para separar secciones de células.
- Supercentrifugación: de 20.000 a 75.000 rpm, en ocasiones hasta 100.000 rpm. Sistemas auxiliares de refrigeración y vacío. Se utiliza para separar ribosomas, virus...

Existen diferentes tipos de rotación:

- Preparación por centrifugación: para separar partículas específicas.
- Centrifugación diferencial: en función de la velocidad de decantación. Área de rotación: dependiendo del peso

Centrifugación isotrópica: dependiendo de la densidad

- Centrifugación analítica: estudia las propiedades físicas de las partículas. Uso y mantenimiento de la centrífuga.

Coloque el tubo en una de las ranuras del rotor y ciérrelo para evitar la evaporación. Equilibre el tubo de muestra colocando un segundo tubo de la misma masa de muestra en el recipiente opuesto. Los tubos del impulsor deben colocarse de manera que estén perfectamente equilibrados para evitar vibraciones durante la rotación y, por tanto, rotura de los tubos. Los tubos deben ser adecuados para su uso en esta centrífuga para evitar roturas durante el funcionamiento de la centrífuga. La cámara del rotor debe estar cerrada herméticamente y la centrífuga en funcionamiento. Cuando se complete la centrifugación, espere a que el rotor se detenga, luego abra la tapa de su cámara y retire el tubo de muestra y el tubo compensador. Respete la velocidad máxima y no lo fuerces ni lo abras hasta que se detenga por completo. Necesitará una prueba de velocidad cada 3 meses. La limpieza y la inspección periódica deben realizarse con la centrífuga apagada.

5 Discusión-Conclusión

La centrífuga es un equipo extremadamente importante cuando se trabaja en un laboratorio de diagnóstico clínico. Utiliza la fuerza centrífuga para separar los componentes de una mezcla heterogénea en función de su densidad. Es importante que el técnico esté familiarizado con las diferentes partes de una centrífuga, los tipos de centrífugas disponibles, su uso y mantenimiento, y los diferentes tipos de centrifugas. El hilado diferencial es la forma más simple de hilado. Permite la separación de partículas con diferentes niveles de sedimentación en la

suspensión durante su rotación en una centrífuga de baja velocidad. Por ejemplo, la separación del plasma de las células sanguíneas.

6 Bibliografía

1. Merino Jiménez, Carmen; De la Jara Gordo, Ana María; Gómez Peña, Beatriz. Operaciones básicas de laboratorio.
2. www.tplaboratorioquimico.com
3. www.equiposylaboratorio.com
4. www.quirumed.com
-www.quercuslab.es

Capítulo 328

MEDIDAS PREVENTIVAS A SEGUIR POR EL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

El inicio de la aplicación de la radioterapia se remonta a muchos años atrás, pero, aun así, un elevado número de la población se sigue preguntando que es la radioterapia y que riesgo puede ocasionar. La radioterapia utiliza altas dosis de radiación ionizante para eliminar las células cancerígenas. Por lo cual, los centros donde se desarrolle esta técnica deben seguir una serie de normas y reglas para proteger a los pacientes, trabajadores y visitantes. La radioterapia puede ser externa o interna, y dentro de cada grupo la maquinaria empleada va a variar, por lo cual, dentro de cada área, las medidas de seguridad van a depender.

El objetivo principal de estas medidas es evitar el mal uso de estas radiaciones y así, minimizar los daños que pueden llegar a ocasionar en la salud. Desde 1928, se lleva a cabo un organismo internacional (ICRP), que emite recomendaciones sobre la protección contra las radiaciones ionizantes. Cuando se trabaja con radiaciones ionizantes, se deben cumplir tres normas para reducir su exposición, estas son:

- Distancia: La distancia es proporcional a la dosis de radiación, por lo cual, cuando mayor sea la distancia al foco emisor de radiación, menor será el riesgo a ser irradiado.

- Tiempo: Al reducir el tiempo de exposición a la radiación, se reduce la dosis de radiación que se recibe.
- Blindaje: Se utilizan varios materiales entre la fuente emisora de radiación ionizante y la persona que reducen al máximo la dosis recibida.

2 Objetivos

- Enumerar las distintas zonas del área de radioterapia.
- Exponer principios básicos del trabajo en radioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 se ha mencionado anteriormente, los tratamientos de radioterapia emplean altas dosis de radiación. Existen diversas medidas y normas, para evitar irradiar al personal sanitario, medio ambiente, entre otras.

El área de radioterapia siempre debe ubicarse en la planta cero de cualquier clínica en donde se aplique. Esta área debe estar bien señalizado para delimitación de sus zonas. Podemos clasificar 5 zonas diferentes dentro de esta área, estas serán:

- Zona controlada (Trébol verde): Existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superior a 6 mSv por año.
- Zona de permanencia limitada (Trébol amarillo): Existe el riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis fijados.
- Zona de permanencia reglamentaria (Trébol naranja): Existe el riesgo de recibir en cortos periodos de tiempo una dosis superior a los límites de dosis establecidos.
- Zona de acceso prohibido (Trébol rojo): Existe el riesgo de recibir, una exposición única, dosis superiores a los límites marcados.

- Zona vigilada (Trébol gris): Existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1 mSv por año oficial.

El equipo de radioterapia se debe ubicar dentro de un bunker, las paredes, suelo y techo que lo rodean constituyen una barrera de protección contra la radiación producida. Las paredes serán de hormigón muy gruesas para evitar que la radiación traspase a otras salas durante el tratamiento. El laberinto permite unir el bunker con la puerta y actúa como un blindaje adicional, además, en el caso de que accidentalmente alguien quedara en el bunker durante el tratamiento, serviría de medio de protección. La puerta de acceso a este bunker, que es muy voluminosa, también sirve como blindaje.

Todo el personal que trabaje en esta área de la clínica deberá de llevar un dosímetro facilitado por el centro. El dosímetro es un instrumento que permite estimar la dosis de radiación que se recibe en el organismo durante un cierto intervalo de tiempo. Normalmente, se sitúa en el bolsillo superior de la bata. Debe llevarse siempre en el puesto de trabajo. Su uso es personal y restringido a dicha instalación. No se puede transferir a ninguna otra persona. Existen algunas ocasiones, en el que se deben emplear otro tipo de dosímetro como es el de muñeca u hombro.

Todo el personal debe estar cualificado en las técnicas de aplicación y, además, deberá poseer la licencia de operador en instalaciones radiactivas. Las mujeres que trabajen en este servicio embarazadas, la dosis equivalente al feto habrá de ser tan baja como sea posible, de modo que sea improbable que dicha dosis exceda de 1 mSv. Las mujeres en periodo de lactancia no deberán realizar trabajos que supongan un riesgo significativo de contaminación.

Durante el tratamiento de radioterapia, únicamente deberá permanecer en el bunker el paciente. Antes de dar comienzo el tratamiento, el técnico de radioterapia deberá posicionar al paciente de tal modo, que la solo reciba radiación en la zona a tratar. Para ello se utilizan diferentes inmovilizadores para garantizar que el paciente no se mueva durante el tratamiento.

Estas medidas se llevan a cabo con el fin de garantizar protección sobre el personal y para todos los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Una vez culminada la búsqueda, gracias a los resultados obtenidos, podemos definir que cada medida, es imprescindible dentro de esta área terapéutica. Pensamos que la población necesita mucha más información sobre que es la radiación y evitar al máximo su exposición a ella. Algunos de los usuarios(pacientes)

que encontramos dentro del hospital, no saben que significa los carteles de los tréboles, cualquier otra señal que esté relacionada con la radiación o porque deben evitar la entrada al área de radioterapia, creemos que se necesita mucha más conciencia sobre la radiación y así entre todos cumplir con exactitud cada uno de las medidas establecidas.

6 Bibliografía

<https://www.csn.es/que-hacemos-por-la-proteccion-radiologica>

https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/613241637_412200992141.pdf

<https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/radioterapia/seguridad.html>

https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/585432002_412200913217.pdf

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-19-28-%20ME%20TRI%20016%20radiaciones%20inonizantes%20rx.pdf>

Capítulo 329

FUNCIÓN DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA PARA TRATAR EL CANCER DE MAMA.

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

La radioterapia consiste en un tratamiento local, por lo que trata zonas concretas del cuerpo y emplea radiación ionizante para eliminar las células cancerígenas. La radioterapia emplea rayos X, electrones, protones, gamma, partículas alfa y beta. Existen diversos tipos de radioterapias, que se clasifican en intraoperatoria (se emplea durante la cirugía, permite irradiar con exactitud el lecho tumoral), externa (la fuente de radiación se encuentra a una cierta distancia del paciente) o interna (la fuente radiactiva se coloca en el interior del paciente). Se utiliza para tratar cualquier tipo de tumor en cualquier parte del organismo, pero en este capítulo, nos centramos en conocer cómo se emplea para tratar tumores que se desarrollan en la mama.

La mama es un órgano que está formado por el tejido adiposo y la glándula mamaria. Dicho órgano está formado por diferentes lobulillos glandulares de los cuales salen los conductos galactóforos que confluyen en el seno galactóforo. Su principal función es sintetizar, secretar y proporcionar leche al recién nacido. Esta función se desarrolla en el periodo de lactancia y durante el embarazo.

El 99% de los casos ocurren en mujeres, siendo el más frecuente. Su incidencia se da en mujeres mayores de 50 años, aunque el 6% se diagnostica en menos de 35 años.

2 Objetivos

- Exponer los factores de riesgos que aumentan la posibilidad de padecer un tumor de mama.
- Conocer las diferentes pruebas de imagen que son imprescindible para la confirmación de la patología.
- Conocer las diferentes técnicas empleadas ante la aparición de un tumor mamario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 diferentes efectos de riesgo que pueden aumentar la aparición de tumores en la mama, estos pueden ser:

- Consumo excesivo de alcohol
- Aparición temprana de la primera regla.
- Menopausia tardía.
- Primer embarazo tardío
- Nulipariedad
- Antecedentes personales de este carácter.

La aparición de una masa tumoral en la glándula mamaria tiene diversas apariciones clínicas como pueden ser la palpación de un nódulo, retracción del pezón, secreción sanguinolenta por el pezón, asimetría entre las dos mamas que antes no existía, hoyuelos en la piel de la mama e inflamación de la mama junto con enrojecimiento.

Para confirmar el diagnóstico, la paciente se debe someter diversas pruebas de imagen como es la mamografía, siendo esta la técnica más utilizada y emplea rayos X u otras pruebas como ecografía, resonancia magnética y biopsias. Una vez realizadas estas técnicas, el diagnóstico definitivo se obtiene a partir de diferentes pruebas por anatomía patológica.

El tratamiento de mama es multidisciplinar:

CIRUGÍA

Consiste en extirpar el tumor y los ganglios linfáticos para ser analizados. Existen diferentes opciones:

- Cirugía conservadora: Se extirpa solo el tumor. Al cabo de un mes y medio, se aplicará un tratamiento de radioterapia para eliminar las posibles células cancerígenas.
- Tumorectomía: Se extirpa la lesión tumoral y una pequeña cantidad del tejido sano más próximo al tumor.
- Mastectomía parcial: Se extirpa parte de la mama, que contenga el tumor y parte del tejido sano más próximo al tumor.
- Cirugía radical: Se extirpa por completo toda la mama.
- Mastectomía simple: Se extirpa la mama y un número de ganglios linfáticos axilares.
- Mastectomía radical modificada: Se extirpa la mama, el revestimiento de los músculos pectorales y la mayoría de los ganglios linfáticos.
- Mastectomía radical: Se extirpa la mama, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos.
- Linfaadenectomía axilar: Extirpación de los ganglios linfáticos axilares.
- Biopsia selectiva del ganglio centinela: Se introduce un radiofármaco, la mama lo drena, al primer ganglio que llega dicho radiofármaco es considerada como ganglio centinela. Si en ese momento se localizan células tumorales, se realizará linfaadenectomía.

RADIOTERAPIA.

La técnica estándar de tratamiento es la radioterapia conformada 3D. El área irradiada será el CTV, dependiendo de la zona a tratar se utilizará diferentes dosis, técnicas, etc.

- Mama o parad costal: Se usa campos tangenciales a 6 Mv, una dosis total de 45-50 Gy. También puede usarse un campo directo de electrones.
- Sobreimpresión del lecho quirúrgico: Se utiliza fotones o electrones.
- Área ganglionar: Se usa fotones de 6-18 Mv con campos anteroposterior o campos oblicuos para evitar irradiar los pulmones.

A estos CTV se añade un margen de 5-10 mm para formar los PTV

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama se considera la proliferación acelerada e incontrolada de celular del epitelio glandular. Existen diferentes tipos de cáncer de mama, dependiendo de las células de la mama que se vuelvan cancerígenas. Dependiendo de cada persona los síntomas que aparecen pueden ser diferentes, existen personas que padecen este tipo de tumor y previamente no sufrir ningún signo o síntoma. Aunque se conocen diversos efectos de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer un cáncer de mama, algunas mujeres pasan por esta enfermedad, aunque no tengan ningún otro factor de riesgo conocido. Gracias a los grandes equipos con lo que contamos hoy en día, podemos llegar a un diagnóstico fiable y emplear la mejor técnica para cada tipo de paciente.

6 Bibliografía

https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/opciones-de-cirugia>
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-resultados-del-tratamiento-conservador-del-S0214158212700233>

Capítulo 330

HISTORIA DE LA RADIOTERAPIA E INICIO COMO TÉCNICO DE RADIOTERAPIA

NURIA ARAQUE GUERRERO

GLORIA CASTELLANOS DE LA ROSA

RAQUEL MADRID MARTINEZ

1 Introducción

Para comenzar hablar de la radioterapia nos tenemos que remontar al año 1895 cuando Wilhelmm Konrad Roëntgen (físico alemán) descubrió los rayos X. Ya que aquello, tenía una naturaleza desconocida. El mismo Roëntgen se encargó de elaborar un manuscrito para publicarlo en el Atlas de la Sociedad Física-Médica. Todo esto creó un gran revuelo en toda la sociedad, por lo que pronto comenzó una intensa avalancha de investigaciones sobre aquella naturaleza desconocida. Un año más tarde en 1896 Antoine Henri Becquerel de una forma ocasional descubre la radiactividad. Mientras que realizaba varias investigaciones sobre el uranio y potasio, comprobó que el uranio emitía una misteriosa radiación. Pasaron los años y las investigaciones continuaron, fue entonces en 1898 cuando el matrimonio Pierre y Curie, descubren dos nuevos elementos de los que hoy en día forman parte de la tabla periódica. Estos dos elementos son el radio y el polonio. Y como ocurrió anteriormente dio paso a un gran número de investigaciones sobre este fenómeno llamado radiactividad. Gracias a dichas investigaciones, hoy en día, podemos disfrutar de la radioterapia, bien sea externa, interna

o intraoperatoria. Técnica que se emplea para destruir células cancerígenas que se desarrollan en el organismo a causa de las mutaciones que sufren el ADN de las células sanas del cuerpo.

2 Objetivos

- Dar visibilidad a los orígenes de la radiación.
- Conocer que es la radiactividad.
- Conocer el comienzo de los tratamientos terapéuticos hasta su utilidad de hoy en día.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 desarrollo de la radioterapia tiene lugar dos décadas antes de la II Guerra Mundial, mientras que la braquiterapia comienza con el descubrimiento de Becquerel y Marie Curie.

Una tarde de viernes de noviembre en 1895, mientras experimentaba en su laboratorio, comprobó que por medio de un tipo de radiación era capaz de ver a través de materiales, hasta de su propia piel. Roöntgen eufórico, llamó a su mujer, para que fuera testigo de lo que en ese momento estaba pasando. Su mujer, Anna, acudió a la llamada de su marido. Roöntgen le pidió que colocase la mano sobre un aparato, durante unos minutos sin moverse. Al finalizar esos minutos, su marido le mostró lo que era una radiografía de su propia mano y la que hoy en día consta como la primera radiografía del mundo.

Al año siguiente, Henri Becquerel durante una de sus investigaciones acerca de la fluorescencia, descubrió una nueva propiedad de la materia. Al colocar sales de uranio sobre una placa fotográfica en una zona oscura, comprobó que esa placa se ennegrecía similar al de la exposición de la foto al sol. Esto ocurrió, porque

las sales de uranio que utilizo emitían una radiación capaz de atravesar papeles negros. Estos rayos se denominaron rayos Becquerel.

Marie Curie acompañada de su marido y otros investigadores en 1898 descubrió la radiactividad. En 1901 Becquerel sufrió una quemadura por el radio, entonces el marido de Marie Curie conocido como Pierre Curie, se ocasionó deliberadamente otra quemadura a él mismo en un brazo. A finales de ese año, Pierre Curie entregó un tubo de radio al Doctor Danlos y sugiere que lo insertase en un tumor.

Hasta 1911 no se obtuvieron resultados de los tratamientos que emplean radio, se utilizaban tubos de radio relativamente gruesos en el intersticio del tumor, pero Stevenson y Joly mejoraron la técnica y comenzaron a utilizar agujas de sulfato de radio puro recubierto de acero o platino. Mientras en la escuela del Memorial Hospital de New York, el Doctor Henry H. Janeway trabajaba con unas semillas de radón. Giacchino Failla mejoró las semillas de radón en vidrio y cambió el encapsulamiento de las fuentes a oro, ya que este elemento, absorbía mejor la radiación beta y además dolía menos al paciente en los implantes. Inicialmente, la dosis de radiación se expresaba en miligramos/horas de radio, posteriormente comenzó a expresarse en mg/H para producir un efecto en la piel a 2 cm de distancia.

En la década de los 30 se produjo un gran descubrimiento de radioelementos artificiales. En la década de los 50, gracias a las aportaciones de Henschke con el inicio de la carga diferida de los implantes radiactivos y la sustitución del Radio 226 por el Iridio 192 para intersticial temporal y del radón por el Yodo 125 para intersticial permanente fueron fundamentales imponiéndose por todo el mundo. Para los implantes temporales intracavitarios aparece el Cesio 137 en sustitución al radio.

La primera dosimetría completa tuvo lugar en la década de los 60, gracias al avance de la tecnología se empezaron a recibir la distribución dosimétrica dibujada por plotters en 2 dimensiones. En la actualidad, a partir de TAC y Resonancia magnética conseguimos la auténtica dosimetría en 3 dimensiones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, gracias a diversos científicos se observa cómo, a lo largo del paso de los años, ha ido evolucionando los métodos que hoy en día forman la radioterapia. Siendo cada vez más efectivos y menos perjudiciales para los pacientes. Cabe resaltar el paso de cómo ha evolucionado la radioterapia, en un principio el radio era un elemento imprescindible para el desarrollo de esta técnica y a día de hoy, está en desuso por su gran riesgo de ocasionar peligros para nuestra salud.

Tomando mayor valor el uso de yodo, iridio, cesio, etc. que utilizando las dosis idóneas pueden llegar a salvar la vida de muchos pacientes.

6 Bibliografía

file:///C:/Users/Propietario/Downloads/Dialnet-100AnosDeRadioterapia-6363908.pdf https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082005000400006
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-la-demostracion-publica-rontgen-S0048761915001295#bib0070>
<https://itaccancer.es/noticias/cuatro-momentos-clave-en-el-origen-de-la-radioterapia/#::text=En%20enero%20de%201896%2C%20posiblemente,c%C3%A1ncer%20de%20mama%20recurrente%20inoperable.>

Capítulo 331

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ARTROPLASTIA COMPLETA DE CADERA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La artroplastia total de cadera es un procedimiento quirúrgico común utilizado para aliviar el dolor y restaurar la función en pacientes que sufren de enfermedades degenerativas de la cadera, como la osteoartritis. Implica la sustitución de la articulación de la cadera deteriorada por una prótesis artificial. Aquí se resumen los aspectos clave de este procedimiento:

Indicaciones: La artroplastia total de cadera se realiza en pacientes con dolor crónico en la cadera debido a enfermedades degenerativas como la osteoartritis, la artritis reumatoide o traumatismos graves en la articulación.

Procedimiento: Durante la cirugía, se retira la cabeza femoral dañada y se coloca una prótesis que consta de una cabeza metálica unida a un vástago que se inserta en el fémur y una copa acetabular que se coloca en la cavidad de la cadera.

Recuperación: La rehabilitación es una parte fundamental del proceso de recuperación. Los pacientes comienzan la fisioterapia para mejorar la fuerza y el rango de movimiento de la cadera, lo que les permite volver a una vida activa.

Beneficios: La artroplastia de cadera puede proporcionar un alivio significativo del dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes al restaurar la función normal de la cadera. Esto permite que muchos pacientes recuperen su movilidad y puedan realizar actividades diarias sin restricciones.

Riesgos: Aunque es generalmente segura, la cirugía conlleva riesgos, como infección, sangrado excesivo, dislocación de la prótesis y complicaciones relacionadas con la anestesia. Los pacientes deben discutir estos riesgos con su cirujano antes de la cirugía.

La artroplastia total de cadera es un procedimiento efectivo que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades degenerativas de la cadera. A través de la sustitución de la articulación dañada por una prótesis, se alivia el dolor y se restaura la movilidad, permitiendo a los pacientes volver a una vida activa y funcional. Sin embargo, es importante que los pacientes comprendan los riesgos y beneficios antes de someterse a este procedimiento.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es poder explicar las distintas funciones del técnico de rayos en la artroplastia de cadera.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel esencial en la intervención de una artroplastia total de cadera, contribuyendo significativamente a la seguridad y el éxito del procedimiento. Aquí se describen sus funciones clave:

Preparación del Equipo: Antes de la cirugía, el técnico de rayos se encarga de preparar y asegurar que el equipo de imagen, como el fluoroscopio o el arco en C, esté en perfecto estado de funcionamiento. Esto incluye verificar la calidad de las imágenes y la capacidad de ajustar la exposición según las necesidades del cirujano.

Posicionamiento del Paciente: Durante la cirugía, el técnico ayuda a posicionar al paciente de manera que la cadera afectada sea accesible para el cirujano y esté alineada adecuadamente para la toma de imágenes intraoperatorias.

Fluoroscopia: Durante la cirugía, se utilizan imágenes de fluoroscopia en tiempo real para guiar al cirujano en la colocación precisa de los componentes de la prótesis. El técnico de rayos controla el fluoroscopio y ajusta la exposición para proporcionar imágenes claras y nítidas.

Colaboración con el Cirujano: El técnico trabaja en estrecha colaboración con el cirujano, siguiendo sus indicaciones para obtener imágenes específicas y asegurando que la prótesis se coloque correctamente en la posición deseada.

Control de la Radiación: Es responsabilidad del técnico minimizar la exposición del paciente y del personal quirúrgico a la radiación ionizante. Esto se logra utilizando técnicas de protección radiológica, como el uso de delantales plomados y protectores de tiroides.

Registro de Imágenes: El técnico registra y documenta todas las imágenes intraoperatorias para el expediente médico del paciente, asegurando un registro completo y preciso de la cirugía.

Resolución de Problemas: En caso de problemas técnicos o dificultades con el equipo de imagen, el técnico de rayos debe estar preparado para solucionar rápidamente cualquier situación que pueda surgir para minimizar retrasos en la cirugía.

Comunicación: La comunicación efectiva con el equipo quirúrgico es esencial. El técnico debe estar atento a las necesidades del cirujano y estar preparado para

responder a sus indicaciones de manera ágil.

El técnico de rayos juega un papel crítico en la artroplastia total de cadera, garantizando que se obtengan imágenes intraoperatorias de alta calidad que guíen al cirujano en la colocación precisa de la prótesis. Su competencia técnica, capacidad de trabajar en equipo y conocimiento de la protección radiológica son fundamentales para el éxito del procedimiento y la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la realización de una intervención de artroplastia total de cadera es mantener una comunicación constante y fluida con el equipo quirúrgico y seguir rigurosamente los protocolos de protección radiológica. La coordinación y la colaboración con el cirujano son esenciales para obtener imágenes intraoperatorias precisas y de alta calidad que guíen la correcta colocación de la prótesis. Además, asegurarse de que el equipo de radiología funcione sin problemas y que se minimice la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal es fundamental. La seguridad y la precisión son prioritarias en este procedimiento, por lo que el técnico debe estar siempre alerta y listo para abordar cualquier desafío técnico de manera eficaz y rápida.

6 Bibliografía

1. Pamphile, R. (2022). Hospital Escuela: Su función social (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).

Capítulo 332

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La artroplastia de rodilla, también conocida como reemplazo total de rodilla, es un procedimiento quirúrgico diseñado para aliviar el dolor y restaurar la función en pacientes que padecen enfermedades degenerativas de la rodilla, como la osteoartritis. Aquí se presenta un resumen de este procedimiento:

Indicaciones: La artroplastia de rodilla se realiza en pacientes con dolor crónico en la rodilla debido a enfermedades degenerativas, traumatismos graves o desgaste del cartílago articular. Estos pacientes a menudo experimentan dificultades en la movilidad y ven afectada su calidad de vida.

Procedimiento: Durante la cirugía, se retiran las superficies articulares dañadas de la rodilla y se reemplazan por componentes protésicos. Estos componentes

pueden estar hechos de metal y plástico de alta resistencia, y están diseñados para replicar la función de la articulación natural de la rodilla.

Recuperación: La rehabilitación es esencial después de la artroplastia de rodilla. Los pacientes comienzan la fisioterapia para mejorar la fuerza muscular, el rango de movimiento y la estabilidad de la rodilla. Esto les permite recuperar la funcionalidad y la movilidad en la rodilla operada.

Beneficios: La artroplastia de rodilla puede proporcionar un alivio significativo del dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes al restaurar la función normal de la rodilla. Esto permite que muchos pacientes vuelvan a realizar actividades diarias y deportivas sin restricciones.

Riesgos: Aunque es generalmente segura, la cirugía conlleva riesgos como infección, sangrado excesivo, dislocación de la prótesis y complicaciones relacionadas con la anestesia. Los pacientes deben discutir estos riesgos con su cirujano antes de la cirugía.

La artroplastia de rodilla es un procedimiento efectivo para aliviar el dolor y restaurar la función en pacientes con enfermedades degenerativas de la rodilla. A través de la sustitución de las superficies articulares dañadas por prótesis, se mejora la calidad de vida y la movilidad de los pacientes, permitiéndoles volver a una vida activa y funcional. Sin embargo, es importante que los pacientes comprendan los riesgos y beneficios antes de someterse a este procedimiento.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es poder explicar las distintas funciones del técnico de rayos en la cirugía de artroplastia de rodilla.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de rayos desempeña un papel crucial en la intervención de la artroplastia de rodilla, contribuyendo a la seguridad y precisión del procedimiento quirúrgico. Aquí se detallan sus funciones clave en este contexto:

Preparación del Equipo: El técnico de rayos es responsable de verificar y preparar todo el equipo de imagen, como el fluoroscopio, para garantizar su correcto funcionamiento durante la cirugía. Esto incluye la calibración y verificación de la calidad de las imágenes.

Posicionamiento del Paciente: Colabora en el posicionamiento adecuado del paciente en la mesa quirúrgica para asegurar el acceso a la rodilla a operar y para facilitar la toma de imágenes intraoperatorias.

Fluoroscopia en Tiempo Real: Durante la cirugía, el técnico de rayos opera el fluoroscopio para proporcionar imágenes en tiempo real. Estas imágenes son esenciales para guiar al cirujano en la colocación precisa de los componentes protésicos y para verificar la alineación y el ajuste.

Ajustes de Exposición: Asegura que las imágenes sean nítidas y de alta calidad, ajustando la exposición de acuerdo con las necesidades específicas de la cirugía y siguiendo los protocolos de radiación apropiados.

Colaboración con el Cirujano: Trabaja en estrecha colaboración con el cirujano, siguiendo sus indicaciones para obtener imágenes específicas que ayuden en la colocación de los componentes de la prótesis y en la verificación de la alineación.

Registro de Imágenes: Registra y documenta todas las imágenes intraoperatorias, asegurando un registro completo y preciso de la cirugía para el expediente médico del paciente.

Protección Radiológica: Cumple estrictamente con los protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal quirúrgico. Esto incluye el uso de delantales plomados y protectores de tiroides.

Resolución de Problemas: Está preparado para abordar cualquier problema técnico que pueda surgir con el equipo de imagen durante la cirugía, minimizando así cualquier posible retraso en el procedimiento.

Comunicación: Mantiene una comunicación constante con el equipo quirúrgico para asegurarse de que se obtengan las imágenes necesarias y se ajusten a las necesidades de la cirugía.

El técnico de rayos es una parte integral de la artroplastia de rodilla, proporcionando imágenes intraoperatorias esenciales que guían al cirujano en la correcta colocación de la prótesis y contribuyen a un procedimiento seguro y exitoso. Su

competencia técnica, atención a los detalles y capacidad de trabajo en equipo son cruciales para el éxito de la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la intervención quirúrgica de la artroplastia de rodilla es mantener una comunicación continua y efectiva con el equipo quirúrgico y seguir rigurosamente los protocolos de protección radiológica. La coordinación constante con el cirujano es esencial para obtener imágenes intraoperatorias precisas que guíen en la colocación precisa de los componentes protésicos. Además, es crucial ajustar la exposición de radiación de acuerdo con las necesidades específicas de la cirugía y garantizar que se obtengan imágenes de alta calidad. La seguridad y la precisión son prioritarias en este procedimiento, por lo que el técnico debe estar alerta y preparado para abordar cualquier desafío técnico de manera eficaz y rápida. La protección radiológica tanto para el paciente como para el personal es fundamental, y se deben seguir estrictamente todas las medidas para minimizar la exposición a la radiación.

6 Bibliografía

1. Pérez-Maletzki, J., Domínguez-Navarro, F., Roig-Casasús, S., Hernández-Guillén, D., García-Gomáriz, C., & Blasco, J. M. (2023). Estrategias orientadas a mejorar la adherencia a la rehabilitación y la actividad física tras cirugía de artroplastia total de rodilla: revisión sistemática con metaanálisis. Fisioterapia.

Capítulo 333

EL TÉCNICO DE RAYOS Y SUS FUNCIONES EN LA PUNCIÓN LUMBAR EN QUIRÓFANO

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

PATRICIA CELAYA ORFILA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La punción lumbar en quirófano, también conocida como punción lumbar estéril, es un procedimiento médico que implica la inserción de una aguja en el espacio subaracnoideo de la columna vertebral. A diferencia de la punción lumbar realizada en otras áreas, esta se lleva a cabo en un entorno quirúrgico y bajo condiciones estrictamente estériles. Aquí se presenta un resumen de este procedimiento:

Indicaciones: La punción lumbar en quirófano se realiza principalmente para la medición precisa de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) en casos de hidrocefalia, tumores cerebrales, infecciones del sistema nervioso central y otras condiciones neurológicas.

Procedimiento: El paciente se coloca en posición lateral fetal o sentado en la mesa quirúrgica. Se realiza una limpieza meticulosa de la piel y se administra anestesia local. Luego, el cirujano realiza una pequeña incisión y procede a insertar la aguja estéril en el espacio subaracnoideo para medir la presión del LCR.

Control y Medición: Durante el procedimiento, el técnico de rayos puede estar presente para operar el fluoroscopio, que proporciona imágenes en tiempo real para guiar al cirujano en la colocación de la aguja. Esto asegura una ubicación precisa en el espacio subaracnoideo y minimiza el riesgo de complicaciones.

Recuperación: Después de la punción lumbar en quirófano, el paciente es vigilado de cerca en la sala de recuperación y se le observa para detectar posibles complicaciones, como cefalea postpunción lumbar.

Beneficios y Riesgos: Este procedimiento permite una medición precisa de la presión del LCR, lo que es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de ciertas afecciones neurológicas. Sin embargo, como con cualquier procedimiento invasivo, existen riesgos potenciales, como infección, sangrado o dolor de cabeza postpunción.

En resumen, la punción lumbar en quirófano es un procedimiento especializado que se realiza bajo condiciones estériles para medir la presión del LCR con precisión. Es fundamental para el diagnóstico y manejo de diversas afecciones neurológicas y se lleva a cabo con la máxima atención a la asepsia y la seguridad del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es dar a conocer las distintas funciones del técnico de rayos en la punción lumbar en 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 técnico de rayos desempeña un papel crucial en la intervención de la artroplastia de rodilla, contribuyendo a la seguridad y precisión del procedimiento quirúrgico. Aquí se detallan sus funciones clave en este contexto:

Preparación del Equipo: El técnico de rayos es responsable de verificar y preparar todo el equipo de imagen, como el fluoroscopio, para garantizar su correcto funcionamiento durante la cirugía. Esto incluye la calibración y verificación de la calidad de las imágenes.

Posicionamiento del Paciente: Colabora en el posicionamiento adecuado del paciente en la mesa quirúrgica para asegurar el acceso a la rodilla a operar y para facilitar la toma de imágenes intraoperatorias.

Fluoroscopia en Tiempo Real: Durante la cirugía, el técnico de rayos opera el fluoroscopio para proporcionar imágenes en tiempo real. Estas imágenes son esenciales para guiar al cirujano en la colocación precisa de los componentes protésicos y para verificar la alineación y el ajuste.

Ajustes de Exposición: Asegura que las imágenes sean nítidas y de alta calidad, ajustando la exposición de acuerdo con las necesidades específicas de la cirugía y siguiendo los protocolos de radiación apropiados.

Colaboración con el Cirujano: Trabaja en estrecha colaboración con el cirujano, siguiendo sus indicaciones para obtener imágenes específicas que ayuden en la colocación de los componentes de la prótesis y en la verificación de la alineación.

Registro de Imágenes: Registra y documenta todas las imágenes intraoperatorias, asegurando un registro completo y preciso de la cirugía para el expediente médico del paciente.

Protección Radiológica: Cumple estrictamente con los protocolos de protección radiológica para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal quirúrgico. Esto incluye el uso de delantales plomados y protectores de tiroides.

Resolución de Problemas: Está preparado para abordar cualquier problema técnico que pueda surgir con el equipo de imagen durante la cirugía, minimizando así cualquier posible retraso en el procedimiento.

Comunicación: Mantiene una comunicación constante con el equipo quirúrgico

para asegurarse de que se obtengan las imágenes necesarias y se ajusten a las necesidades de la cirugía.

El técnico de rayos es una parte integral de la artroplastia de rodilla, proporcionando imágenes intraoperatorias esenciales que guían al cirujano en la correcta colocación de la prótesis y contribuyen a un procedimiento seguro y exitoso. Su competencia técnica, atención a los detalles y capacidad de trabajo en equipo son cruciales para el éxito de la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del técnico de rayos en la realización de una punción lumbar es mantener una comunicación continua con el equipo médico y el paciente. Esto implica explicar claramente el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad. Además, es fundamental seguir rigurosamente los protocolos de protección radiológica, asegurando que tanto el paciente como el personal médico estén adecuadamente protegidos de la radiación ionizante. Durante el procedimiento, la colaboración estrecha con el médico y el ajuste preciso de los parámetros del fluoroscopio para obtener imágenes de alta calidad son esenciales para una punción lumbar exitosa. La seguridad y el bienestar del paciente deben ser la prioridad en todo momento, junto con la obtención de imágenes precisas para el diagnóstico o tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

1. Romero, C., Molinares, J., & Achury, J. (2023). Marcación con ultrasonido para guiar la punción lumbar. *Neurología Argentina*.

Capítulo 334

LA LABOR DEL TÉCNICO SUPERIOR DE RADIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

El servicio de urgencias de los hospitales, fue creado hace décadas para poder atender a los pacientes que necesitaban recursos hospitalarios urgentes y que no podían ser atendidos de forma adecuada en otro tipo de centros.

Debido a que a las urgencias hospitalarias acuden pacientes de todo tipo y con distintos grados de gravedad, se les clasifica según ese grado de gravedad siguiendo unos protocolos y así poder atender de forma inmediata a aquellos que lo necesiten y que puedan esperar aquellos que no suponga dicha espera un riesgo grave para su salud.

Los técnicos de rayos cobran un papel importante en el área de urgencias, ya que gracias a los avances tecnológicos de hoy en día cada vez hay más aparatos

diagnósticos y más profesionales con conocimientos para poder realizar dichos estudios.

En un servicio de urgencias la labor de los técnicos superiores en radiodiagnóstico se extiende a: radiología convencional, tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía, radiología portátil y radiología en quirófanos.

Se realizarán las pruebas diagnósticas necesarias tanto a los pacientes que vengan a urgencias desde sus domicilios o de la calle, como a los pacientes que permanezcan ingresados en el hospital y requieran alguna prueba de manera urgente

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es:

- Conocer la importancia del radiodiagnóstico y el papel de los técnicos de rayos en los servicios de urgencias de los hospitales.
- Exponer los distintos tipos de pruebas que se realizan de manera urgente

3 Metodología

Los principales medios empleados para realizar este capítulo han sido los conocimientos adquiridos de la autora y las coautoras a lo largo de su trayectoria trabajando como técnicos superiores en radiodiagnóstico en los servicios de urgencias de los distintos hospitales.

También se han consultado páginas webs médicas para contrastar cierta información.

4 Resultados

En los servicios de radiodiagnóstico de los hospitales las pruebas más demandadas son las radiografías convencionales. Es una herramienta imprescindible para la detección y el diagnóstico de patologías torácicas, cardiopulmonares (derames de pleura, neumonías, aumento del tamaño del corazón) y óseas (principalmente fracturas). También cobra mucha importancia para el diagnóstico de patologías digestivas tales como vólvulos u obstrucciones intestinales, para sinusitis, etc.

Aun así es una herramienta algo limitada, ya que solo es capaz de mostrarnos dos dimensiones, resultando algo difícil la delimitación de ciertos aspectos anatómi-

cos. Por eso, en la mayoría de ocasiones y para poder llegar a un diagnóstico más exacto, se realizan dos o más proyecciones de la misma zona anatómica para que la información que obtengamos de una proyección complementa a la otra.

La radiación emitida para una radiografía simple es mínima, pero no hay que olvidar que para la obtención de las imágenes se utilizan radiaciones ionizantes.

La tomografía computarizada (TAC) es otro de los estudios más solicitados en el servicio de urgencias. Una de sus grandes ventajas es la rapidez y eficacia para realizar los estudios, lo que resulta muy útil para pacientes en estado crítico o muy grave. Con la TC obtenemos imágenes de todo el cuerpo en cuestión de segundos y así poder diagnosticar precozmente las lesiones que puedan poner en peligro la vida del paciente en urgencias.

Gracias a la rapidez y precisión de la TC, se pueden valorar con solo una exploración varias estructuras corporales tales como el cuello, abdomen, columna vertebral, cabeza, tórax e incluso extremidades.

Es la técnica elegida para la identificación de hemorragias, que es la principal causa de muerte en politraumatizados. Además, permite reconstruir los estudios en cualquier plano para poder planear las operaciones quirúrgicas.

El radiólogo se encargará de elegir los protocolos adecuados para cada paciente según la lesión que presente y la información clínica de la que disponga.

La radiología portátil es un estudio demandado para poder hacer radiografías a pacientes en los que no es posible su desplazamiento por su estado de salud a una sala convencional de rayos x. El estudio más pedido es la radiografía de tórax en AP. También se pueden hacer radiografías óseas de cualquier parte del cuerpo si fuera necesario.

Se realizan en unidades especiales como UCI, REA, cuartos de shock de urgencias, oncología, etc.

El técnico se moverá a la zona en la que se encuentre el paciente con el equipo portátil de rayos x y los chasis necesarios. La técnica consiste en introducir un chasis debajo del paciente en la zona a estudiar y con el aparato de rayos x realizaremos la radiografía siempre protegidos con un delantal de plomo y pidiendo a todo el personal presente en la sala en la que vayamos a hacer la radiografía que salgan de área cercana.

Los quirófanos también forman parte de la radiología de urgencias. Hay muchos tipos de quirófano que van a requerir la presencia de un técnico de radiodiagnóstico. En este servicio, en vez de usar los tubos de rayos x convencionales, usaremos los arcos portátiles. Estos arcos permitirán a todo el personal sanitario

presente en la sala visualizar en tiempo real las imágenes realizadas al paciente al que se le esté interviniendo.

Suelen ser quirófanos de cardiología, vascular, urología y traumatología.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias es el corazón de los hospitales. En un servicio donde la inmediatez, la rapidez y la eficacia de los medios empleados son decisivos para salvar la vida de ciertos pacientes.

Los técnicos de rayos cobran más importancia que nunca en este servicio, ya que el diagnóstico por imagen es el medio más utilizado para diagnosticar las patologías de los pacientes que acuden a urgencias. Debido a la variedad de pruebas existentes y a la tecnología avanzada de los equipos, poder diagnosticar enfermedades o dolencias se ha convertido en una tarea fácil gracias a ello y a los conocimientos adquiridos de los técnicos superiores en radiodiagnóstico.

6 Bibliografía

- <https://vithas.es/prueba-diagnostica/radiologia-convencional/>
- <https://www.redaccionmedica.com/secciones/radiologia/la-tomografia-computarizada-detecta-precozmente-las-lesiones-en-urgencias-4471>

Capítulo 335

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS MATRICES DE TEJIDO PARA OPTIMIZAR ANTICUERPOS

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

1 Introducción

La inmunohistoquímica es un estudio histopatológico que se basa en la utilización de un anticuerpo específico, previamente marcado mediante un enlace químico con una enzima que puede transformar un sustrato en visible, sin afectar la capacidad del anticuerpo para formar un complejo con el antígeno, aplicado a una muestra de tejido orgánico, correctamente fijada e incluida en parafina.

El complejo antígeno - anticuerpo así formado, mediante la utilización de alguna de las técnicas específicas (peroxidasa, antiperoxidasa, fluoresceína, etc.), permite ser localizado e identificado dentro de las muestras tisulares o citológicas a estudiar, logrando la identificación de marcadores antigénicos característicos de distintas líneas de diferenciación y funcionalismo celular, con lo que se determina el tipo de célula involucrado en la muestra.

Las técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) permiten la identificación, sobre muestras tisulares o citológicas, de determinantes antigénicos característicos de distintas líneas de diferenciación y funcionalismo celular. En las últimas décadas, su utilización ha sido progresivamente creciente y se ha consolidado como tecnología esencial en el diagnóstico anatomopatológico de rutina. La aplicación de anticuerpos policlonales y monoclonales sobre secciones tisulares permite una correlación de las reacciones obtenidas con los parámetros morfológicos, aumentando la sensibilidad y especificidad del estudio y proporcionando información adicional esencial en muchos casos. Muchas de las neoplasias que se estudian en un laboratorio de Patología, requieren IHQ para establecer con certeza su histogénesis y clasificación.

Es importante conocer las posibles causas de falsos positivos y falsos negativos con los distintos anticuerpos y seguir una sistemática escrupulosa de controles negativos y positivos en cada proceso de laboratorio. Un aspecto esencial es la preservación del tejido desde el momento de su obtención. La inmensa mayoría de técnicas de IHQ pueden aplicarse a tejido fijado e incluido en parafina con buenos resultados, siempre que la fijación tisular, su procesamiento e inclusión se efectúen correctamente. La utilización de métodos o reactivos inapropiados en el tratamiento tisular previo a la IHQ, determina pérdidas de antigenicidad que limitarán o impedirán la obtención de resultados fiables. Por lo tanto, es importante considerar la óptima preservación del tejido y por consiguiente de los antígenos, ya que, aunque la mayoría de los antígenos se conservan adecuadamente después de la fijación en parafina, algunos son más lábiles y solo se detectan en cortes de congelación.

Este tipo de técnicas se basan en la capacidad de los anticuerpos de unirse específicamente a los correspondientes antígenos. La reacción que se produce al unirse el anticuerpo con su correspondiente antígeno solo es visible si el anticuerpo está marcado con una sustancia que absorbe, emite luz o produce coloración, a esta sustancia se la conoce con el nombre de cromógeno.

La utilización de los anticuerpos primarios y secundarios (puente, secundario con peroxidasa, secundario biotinilado, etc.), deben usarse a la dilución idónea, en la cual se produzca la mayor intensidad de la reacción de forma específica, sin observarse tinción de fondo.

2 Objetivos

Explicar e indicar el método de la utilización de matrices de tejido para optimizar anticuerpos en el laboratorio de anatomía patológica en los hospitales

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática 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. Selección de los anticuerpos primarios y sus tejidos de control:

- WT-1 (Wilms Tumor 1 Protein): Este anticuerpo es de especial utilidad para el diagnóstico del carcinoma seroso de ovario y del mesotelioma metastásicos. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH alto y dilución: 1:100. Como tejidos de control elegimos mesotelioma y tumor de Wilms.
- HEP-PAR 1: Es un anticuerpo monoclonal. Hay evidencia preliminar de que se asocia con la membrana de las mitocondrias del hepatocito, pero ausente en las mitocondrias de otros tejidos. El anticuerpo es efectivo a partir fijados en formalina, tejidos en parafina. Recuperación de antígeno utilizando buffer de pH alto y un kit de detección que minimiza o elimina la reactividad biotina no específica, se recomienda. La tinción es citoplasmática y granular, sin acentuación canalicul-ular o zonal. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH Bajo y se obtiene prediluido. Como tejido de control utilizamos Hepatocarcinoma.
- FLI-1: Se ha informado de que la alta sensibilidad y especificidad de Fli-1 es igual o superior al de los marcadores establecidos vascular, CD31, CD34 y Factor VIII. Como el primer marcador nuclear de endotelio (en lugar de citoplasma o membrana), Fli-1 inmunotinción también, en general, carece de tinción citoplasmática, artefactos que son el resultado de las peroxidasas endógenas o de la biotina. Tiene un tiempo de incubación de 20 minutos, pH alto y dilución 1:250. Como tejido de control utilizamos casos de hemangioma, sarkoma de Kaposi, angiosarcoma y amígdala.

2. Construcción de las matrices de tejido:

Material:

- Punch.
- Casetes.
- Émbolo.
- Molde metálico.
- Consola de inclusión en parafina.

- Bisturí.

- Pinzas.

Método:

- Hacemos un bloque únicamente con parafina.

- Con el punch sacamos el número de cilindros de parafina que deseemos rellenar con tejido.

- Seleccionamos con el punch los cilindros de tejido y los extraemos, para introducirlos en los huecos que hemos hecho en el bloque de parafina. Es muy importante que todos los cilindros de tejido estén a la misma altura, lo que conseguiremos añadiendo pequeños cilindros de parafina a los huecos de aquellos que sean más cortos.

- Añadimos unas gotas de parafina líquida y colocamos el molde metálico sobre el bloque, y lo introducimos en la parafina líquida para que se funda el bloque, pero antes de que se funda del todo sacaremos el bloque y lo pondremos en la placa fría para que vuelva a solidificar.

3. Procedimiento inmunohistoquímico:

- Desenmascaramiento antigénico: Se utiliza para romper los enlaces formados por el formol en el tejido durante la fijación para que pueda realizarse la unión con el anticuerpo. Para realizar el desenmascaramiento utilizamos el PTlink.

En el PTlink realizamos un precalentamiento hasta 65 °C y un tiempo de pretratamiento o recuperación antigénica a 95 °C durante 20 minutos. Dependiendo del pH requerido por el anticuerpo, utilizamos tampones citrato de alto o bajo pH.

- Incubación y revelado: Se realiza en la máquina de inmunotinción. Para la incubación utilizamos un anticuerpo primario y un anticuerpo secundario. En ella se bloquea la peroxidasa del tejido con peroxidasa para que el anticuerpo primario se una al antígeno.

En el revelado utilizamos el cromógeno (DAB) que sirve para visualizar la unión antígeno-anticuerpo (color marrón al microscopio). En la doble tinción se utiliza "fast red" en lugar de DAB, de manera que se observa de color rojo.

Para evitar que el fondo de la preparación quede blanco, utilizamos la Hematoxilina para contrastar, de modo que el fondo adquiere un tono azulado.

En cuanto a la elaboración de las matrices de tejido de forma manual, se consigue unificar, a partir de varios bloques de tejido incluidos en parafina, uno solo (se adjunta imagen del resultado).

Resultados en la optimización de anticuerpos:

- WT-1: El control interno con tejido prostático muestra tinción inespecífica a nivel de células estromales y endoteliales tanto a nivel citoplásmico como nuclear

clear. Esta tinción también se manifiesta de forma evidente en los capilares dentro del hepatocarcinoma. Las muestras correspondientes al tejido renal muestran intensa positividad citoplásmica en las células mesangiales del glomérulo, endoteliales y capa muscular de vasos de pequeño y mediano calibre. En relación al nefroblastoma se observa intensa positividad nuclear en el componente más indiferenciado de la neoplasia. A nivel del mesotelio se aprecia tinción intensa nuclear en las células normales junto a tinción granular citoplásmica del músculo esquelético. Los mesoteliomas muestran tinción específica nuclear característica. Al apreciarse una tinción de fondo, aunque presumiblemente específica, intensa, se procedió a probar el mismo anticuerpo, pero diluido a 1:100, conservando el resto de parámetros relacionados con el procedimiento técnico de la inmunofijación.

- Hepar 1: El control interno con tejido prostático no muestra tinción inespecífica. Las muestras correspondientes a los hepatocarcinomas muestran tinción granular citoplásmica intensa heterogénea con fondo limpio y ausencia de tinción del resto de elementos celulares no tumorales. En cuanto al tejido hepático normal, la expresión del antígeno es intensa y granular, no demostrándose inmunoexpresión a las glándulas tumorales de origen metastásico presentes en la muestra. El resto de tejidos que constituyen el TMA no mostraron tinción por dicho anticuerpo.

- FLI 1: Cuando se valora tanto el control interno prostático como el ganglio linfático (centro germinal) se observa una tinción de fondo inespecífica a nivel glandular y estromal prostática intensa para las diluciones 1:50 que disminuye considerablemente cuando se utiliza la dilución 1:250. Si estudiamos la inmunoexpresión en el ganglio linfático (específica) se demuestra una tinción de fondo elevada en las primeras dos diluciones que se convierte en valorable a la máxima probada. También se han realizado pruebas utilizando como tampón para el desmascaramiento el citrato a pH 6, pero los resultados no mejoraron (fotos no mostradas). La valoración de las neoplasias vasculares siguió el mismo patrón de tinción que los controles utilizados, por lo que se consideró como óptima la dilución a 1:250, como muestran las siguientes fotos de diferentes tumores vasculares.

A nivel de piel también se observa tinción en células sebáceas y queratinocitos.

5 Discusión-Conclusión

La construcción de matrices de tejido de forma manual supone un método muy eficiente para optimizar el uso de los anticuerpos en el laboratorio, suponiendo

un gran ahorro tanto en reactivos como en la maquinaria que se necesita para realizar los tissue microarrays.

Sobre los anticuerpos empleados podemos concluir lo siguiente:

- El Hep-Par-1 en presentación diluida y con el procedimiento técnico de tinción habitual es de utilidad y sus resultados son óptimos.
- En relación al WT-1, la dilución 1:100 muestra unos resultados similares a la 1:50, lo que nos permite un diagnóstico y un ahorro de costos.
- Considerar la tinción de fondo específica estromal como factor a tener en cuenta en la interpretación de los resultados en los casos problema de la práctica diaria.
- La dilución más adecuada para la valoración del anticuerpo FLI-1 ha sido la de 1:250, mostrando una alta sensibilidad, aunque con discreto fondo, pero con una baja especificidad reflejada en una tinción de abundantes elementos no vasculares.
- El FLI-1 no es un buen marcador diferencial de lesiones vasculares respecto a otra estirpe. No se ha podido comprobar su utilidad en tumores neuroectodérmicos primitivos al carecer en nuestro servicio de ese tipo de muestras.

6 Bibliografía

1. García del Moral, R. (1993). Laboratorio de Anatomía Patológica. Interamericana-McGraw-Hill.
2. XIV Curso teórico-práctico de la técnica Inmunohistoquímica en Anatomía Patológica.
3. www.histopat.es
4. www.biosb.com
5. www.crece.org

Capítulo 336

TIPOS DE CORTE HISTOLÓGICO REALIZADOS POR EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

1 Introducción

Un corte histológico es una sección de un tejido muy fino, incluido en un medio de homogeneización o en congelación, que se obtiene mediante el uso de un micrótopo o un criostato, respectivamente, y se adhiere sobre un portaobjetos, para posteriormente teñirlo con alguna tinción específica, según la procedencia de la muestra y el tipo de estudio que se quiera realizar, para conseguir distinguir estructuras con claridad en su estudio al microscopio.

Este tipo de técnicas se realizan en el laboratorio de anatomía patológica por el técnico, que es el encargado de todo el procesamiento y preparación de la muestra hasta que se hace la entrega del portaobjetos al patólogo para que lo estudie al microscopio. El técnico se hace cargo del procesamiento de la muestra tanto de tejidos de biopsias intraoperatorias, realizando los cortes en tejido congelado,

como de estudios diferidos, sustituyendo el agua de los tejidos por otro material y haciendo un bloque, generalmente en parafina, aunque también existen otras opciones.

Los micrótomos son los instrumentos de corte utilizados para obtener dichas secciones de tejido que deben ser lo suficientemente finas para que la luz atraviese las estructuras y puedan visualizarse lo mejor posible al microscopio. La calidad de los resultados depende del tipo de micrótomos, del material en el que se encuentre el tejido, del tipo de cuchillas, el grosor de corte y la tinción.

2 Objetivos

- Describir los tipos de micrótomos que existen y su utilización.
- Explicar los distintos tipos de corte histológico que puede realizar el técnico de anatomía patológica según el tipo de micrótomos y medio utilizado.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha 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 o Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen varios tipos de micrótomos de uso en rutina en el laboratorio de anatomía patológica:

- Micrótomos de rotación

Es el que más se utiliza en el laboratorio en la actualidad; su cuchilla es fija y está colocada en posición vertical, y el portabloques se desliza hacia arriba y hacia abajo con el movimiento del brazo, además, puede modificarse la orientación del bloque. Cada vez que el bloque sube, se acerca más a la cuchilla, según la medida seleccionada de corte en el micrótomos. Con este tipo de micrótomos se pueden conseguir cortes muy precisos y seriados. Dentro de este tipo de micrótomos existen los manuales y los automáticos.

- Micrótomos de deslizamiento.

Actualmente, cada vez se utilizan en menos laboratorios; su cuchilla está en posición horizontal y el movimiento es de ida y vuelta, y en cada vuelta del bloque, este se acerca a la cuchilla según la medida seleccionada del corte. Con este tipo de micrótomos se pueden cortar bloques de gran tamaño.

- Micrótomos de congelación, criostato o criotomo.

Es una variante de los micrótomos de rotación, en el que el mecanismo de corte se encuentra dentro de una cámara refrigerada a una temperatura entre -20 °C y -30 °C y se realizan los cortes de tejido congelado (en vez de bloques de parafina) en el interior de dicha cámara, donde se recogen pegándolos en un portaobjetos. En el caso de los bloques de parafina, una vez se obtienen los cortes, se depositan en baños de agua con regulación de la temperatura, a unos 45 °C - 50 °C para que se estire el tejido (pero no lo suficientemente caliente como para que se funda) y se recogen con un portaobjetos. Luego se dejan en una estufa a unos 40 °C para que se fijen al portaobjetos y posteriormente se puedan teñir. En el caso de cortes congelados en el criostato, se depositan directamente en un portaobjetos, sin pasarlos por agua, y se tiñen.

Además de los micrótomos anteriores, en algunos centros de investigación y universidades pueden encontrarse otros tipos de micrótomos:

- Ultramicrotomos

Se utilizan para estudios de microscopía electrónica, realizando cortes desde pocos nanómetros de grosor hasta una micra. Para este tipo de micrótomos, las muestras deben ser incluidas en bloques de resina de gran dureza y las cuchillas serán de vidrio o de diamante.

5 Discusión-Conclusión

La correcta realización de cortes histológicos es una parte muy importante del proceso que conlleva una gran responsabilidad al técnico de anatomía patológica, además de un gran riesgo de corte, ya que se utilizan cuchillas extremadamente afiladas para poder realizar dichos cortes, por lo que hay que extremar precauciones, estar centrado en ese momento en la realización de la técnica, y mantener una buena postura.

Según el centro y el tipo de estudio que se quiera realizar, se utilizarán distintos tipos de micrótomos, y el técnico debe estar debidamente formado y capacitado para la realización de dicha tarea, especialmente porque en algunos casos se trabaja con muestras muy pequeñas y un error puede llevar a la pérdida del material. Por todo ello, cabe destacar la importancia de las funciones y responsabilidades del técnico de anatomía patológica en todo el procesado de la muestra, pero en

especial en la parte de cortes histológicos.

6 Bibliografía

1. <https://www.equiposylaboratorio.com/portal/articulo-ampliado/que-esuncorte-histologico>
2. <https://www.pce-iberica.es/instrumentos-de-medida/instrumentoslaboratorios/equipos-laboratorios/microtomos.htm>
3. <https://mmegias.webs.uvigo.es/6-tecnicas/4-mparafina.php>
4. <https://kalstein.com.mx/que-es-un-criostato/>
5. <http://itrans.cucei.udg.mx/catalogo-de-equipos/ultramicrotomo-leica#:text=El%20ultramicrotomo%20facilita%20la%20preparaci%C3%B3n,utiliza%20la%20cuchilla%20de%20diamante.>
6. <https://www.pardell.es/microtomo.html>

Capítulo 337

ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CIRUGÍA MOHS

MARIA TERESA GIL CASTILLEJO

SARA VIOLERO CAÑAS

NATALIA VALERO ALONSO

INMACULADA DURÁN SÁNCHEZ

DJOCKY MARINA EVITA VAZQUEZ

1 Introducción

La cirugía de Mohs se utiliza para tratar los tipos de cáncer de piel más frecuentes, el carcinoma de células basales y el carcinoma epidermoide, así como algunas clases de melanoma y otros tipos de cáncer de piel más inusuales.

Se trata de un procedimiento quirúrgico que se usa para extraer el cáncer de piel en varias etapas. Se realiza con tejido en fresco, donde se realizan cortes por capas. En este tipo de cirugía se realiza un corte diferente al de la cirugía convencional, ya que observa los bordes quirúrgicos más distales de la pieza y los planos más profundos de la misma. Primero se extrae una capa delgada de tejido canceroso. Después se extrae una segunda capa delgada de tejido y se observa al microscopio para verificar si hay células cancerosas. Se extraen más capas de tejido una por una hasta que el tejido que se observa al microscopio muestra que no queda cáncer. Este tipo de cirugía se usa para extraer la menor cantidad posible de tejido sano.

En el laboratorio de Anatomía Patológica se realiza un estudio intraoperatorio de las muestras recibidas. Este proceso requiere la actuación del Técnico de Anatomía Patológica, que se encarga del corte y tinción de la muestra y del Patólogo que evalúa la muestra microscópicamente y comunica los resultados al dermatólogo.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la cirugía Mohs.
- Conocer la importancia del Servicio de Anatomía Patológica en esta técnica y la labor del Técnico Especialista en Anatomía Patológica.

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 cirugía Mohs se suele realizar de manera ambulatoria. El dermatólogo deberá haber solicitado previamente un estudio intraoperatorio al Servicio de Anatomía Patológica.

El cirujano extirpa la parte visible del tumor y además una capa subyacente de tejido. Con un rotulador quirúrgico señala la zona donde realiza la incisión y marcará con puntos de sutura la pieza para que pueda orientarse y la envía en fresco al laboratorio de Anatomía Patológica a través de un celador que deberá entregarla en mano al Técnico Especialista en Anatomía Patológica (TEAP).

En primer lugar, se procede al registro de la muestra por parte del Personal Administrativo que dará un número de estudio intraoperatorio y se avisa inmediatamente al Patólogo. Todas las muestras que se reciban del mismo caso tendrán el mismo número de estudios intraoperatorios, asignando letras diferentes por orden alfabético a cada una de las muestras.

El TEAP tendrá preparada la mesa de tallado con instrumental y tintas de colores.

El Patólogo procede a realizar un mapeo y corte de la pieza y pinta los extremos de los diferentes cuadrantes para orientar el corte y mantener dicha orientación cuando realice la evaluación con el microscopio. Cada uno de los cortes realizados en la muestra (generalmente suelen ser cuatro) se le entregan al TEAP. Dichos cortes se incluirán en las pletinas del criostato con OCT para su correcta fijación y que no se despeguen y se congelan con nitrógeno líquido.

A cada uno de ellos se le asigna el número de intraoperatoria y una letra. Así estarán identificados cada uno de los cuadrantes de la muestra con una letra. De esta forma, si microscópicamente hay algún margen afectado, sabremos en qué zona exactamente se localiza y el lugar donde el cirujano tendrá que profundizar. EL TEAP realiza los cortes a 4 micras y se recogen cortes seriados en dos portaobjetos con dos cortes cada uno. En el primer corte no se profundiza demasiado, siendo el último corte el que contenga toda la superficie de la muestra hasta la zona pintada con tinta. De esta forma, si se encuentra tumor en el cuarto corte, pero no en los anteriores, no será necesario profundizar más.

Una vez realizados los cortes en el criostato se fijan durante 30 segundos en alcohol de 70 grados y se realiza la tinción rápida de Hematoxilina-Eosina para la posterior visualización al microscopio. Dicha tinción consta de los siguientes pasos:

- Hematoxilina durante 2 minutos
- Lavar en agua rápidamente.
- Eosina alcohólica durante 30 segundos.
- Pases por alcoholes en concentración ascendente hasta alcohol absoluto.
- Xilol unos segundos.
- Se coloca un cubreobjetos con un medio de inclusión para que la preparación pueda conservarse.

A continuación, el TEAP entrega los portaobjetos al Patólogo que procederá a la evaluación microscópica y comunicará el resultado al cirujano.

La cirugía Mohs se trata de una técnica con una elevada tasa de curación, por lo que da mucha seguridad tanto al cirujano como al paciente. La cirugía de Mohs puede ser preferible cuando el cáncer está en un área donde es importante extraer tan poco tejido como sea posible, como el cuero cabelludo, la cara, el cuello, las manos, los pies, las uñas, las espinillas o los genitales. También en zonas donde hay una cicatriz o se utilizó un tratamiento de radiación previo y donde haya mayor probabilidad de que el tumor regrese, como en las orejas, labios, nariz, párpados, sienes, manos, pies, uñas o genitales.

También es preferible realizar la técnica en casos de cáncer de piel que ya ha sido tratado y no se extrajo completamente o regresó, cuando el sistema inmunitario

no funciona bien debido al cáncer o cuando el tumor es muy profundo.

La técnica requiere un equipo especializado para llevarla a cabo con éxito. Desde el cirujano que realiza la cirugía, como el Patólogo que realiza los cortes en la muestra recibida y su posterior evaluación microscópica, como el TEAP que debe realizar correctamente los cortes al criostato sin agotar la muestra y realizar correctamente su tinción.

Tras el corte y tinción de la muestra, al microscopio se observa cómo se han teñido las diferentes estructuras del tejido, quedando el citoplasma en color rosa anaranjado teñido por la Eosina y los núcleos teñidos en azul por la Hematoxilina. Si se encuentra tejido afectado, el cirujano tendrá que profundizar más y se vuelve a repetir el proceso completo. Si las muestras están libres, el trabajo del laboratorio de Anatomía Patológica habrá finalizado.

Con la cirugía Mohs se obtienen resultados de inmediato y en el mismo día el paciente puede marcharse con la seguridad de que el cáncer de piel se le haya extirpado completamente.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía de Mohs es el tratamiento más preciso para extirpar una lesión cutánea maligna o susceptible de malignización, con menor riesgo de recidiva y de dañar el tejido sano que le rodea, lo que minimiza el daño estético.

Se consigue la extirpación completa del tumor, con la seguridad de tener los bordes libres, por lo que se consigue extirpar el menor tejido posible y unos mejores resultados estéticos en el paciente.

Además, esta técnica es muy eficaz, muy positiva para el paciente y muy rápida, ya que evita intervenciones posteriores en el paciente, con todo lo que eso conlleva tanto para el paciente como para el Hospital, a nivel de materiales, personal, etc.

Por todo ello es una técnica que está cobrando una gran popularidad.

6 Bibliografía

1. Dawn M.E., Dawn A.G. y Miller S.J. Dermatol Surg. 2007Apr;33(4):395-402. Mohs surgery for the treatment of melanoma in situ: a review.
2. Diccionario del Instituto Nacional del cáncer.
3. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición.
4. <http://www.mohscollege.org>

Capítulo 338

ANEMIA APLÁSICA IDIOPÁTICA

ESTRELLA JARA LAVADO

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

BEATRIZ MORENO LIZCANO

ANA MARÍA SOLÍS

1 Introducción

La anemia aplásica idiopática es un enigma en el campo de los trastornos hematológicos. En este complejo trastorno, la médula ósea, el taller de producción de células sanguíneas, experimenta una inexplicada inhibición en su capacidad para generar eritrocitos, plaquetas y leucocitos.

Considerar los diversos aspectos de esta enfermedad plantea preguntas fundamentales sobre sus causas. ¿Por qué la médula ósea deja de producir células esenciales para el funcionamiento del cuerpo sin razón aparente? ¿Existe un componente genético subyacente o la exposición a ciertos agentes desencadenantes puede desencadenar esta respuesta autoinmune? Estas preguntas son importantes no solo para comprender la anemia aplásica idiopática, sino también para desarrollar tratamientos más eficaces.

El tratamiento de esta enfermedad presenta una situación compleja. Desde enfoques inmunosupresores hasta trasplantes de médula ósea, las opciones de tratamiento varían según la gravedad y la respuesta individual del paciente. Sin

embargo, los desafíos asociados con estos tratamientos son evidentes, incluida la dificultad de encontrar un donante adecuado y el riesgo de complicaciones.

Además de los aspectos médicos, no se debe subestimar el impacto psicológico y social de la anemia aplásica idiopática.

En última instancia, este trabajo tiene como objetivo proporcionar una descripción completa de la anemia aplásica idiopática, desde su base biológica hasta su impacto en la vida diaria. A medida que la ciencia avanza y el panorama se aclara, se espera que este misterio se desvele, permitiendo enfoques más específicos y eficaces para el diagnóstico y tratamiento de esta rara y difícil enfermedad.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Exponer etiología y tratamiento de esta enfermedad.
- Examinar el impacto psicosocial en la vida de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, se identifican varias teorías propuestas sobre la causa subyacente de la enfermedad. Aunque no existe un consenso absoluto, se cree que factores genéticos y autoinmunes pueden desempeñar papeles importantes en su desarrollo. Los estudios han demostrado que ciertos genes están asociados con un mayor riesgo de desarrollar anemia aplásica y en los pacientes afectados se ha observado la presencia de autoanticuerpos contra las células madre de la médula ósea.

En cuanto a los efectos hematológicos, se ha establecido que la anemia aplásica idiopática se debe a una disminución de la producción de células sanguíneas en la médula ósea. Esto da como resultado tríadas de anemia, trombocitopenia

y neutropenia en los pacientes. La anemia se caracteriza por niveles bajos de hemoglobina, lo que provoca fatiga y debilidad. La trombocitopenia aumenta el riesgo de hemorragia, mientras que la neutropenia disminuye la capacidad del cuerpo para combatir infecciones.

Con respecto a la terapia, se han observado diferentes enfoques terapéuticos dependiendo de la gravedad de la enfermedad. En casos leves, los inmunosupresores como la globulina antitimocítica (ATG) y la ciclosporina son eficaces para reducir la respuesta inmune anormal y permitir la recuperación de la médula ósea. Sin embargo, en situaciones más graves, el trasplante de médula ósea puede ser una opción viable, aunque plantea importantes desafíos, como la disponibilidad de donantes compatibles.

Las perspectivas de nuevos tratamientos son prometedoras. Se están investigando terapias inmunomoduladoras, como el uso de inhibidores de la tirosina quinasa, con resultados prometedores en los primeros ensayos clínicos. Aunque estos tratamientos aún están en desarrollo y requieren una investigación exhaustiva, ofrecen un rayo de esperanza para los pacientes con anemia aplásica idiopática grave.

Se ha descubierto que el impacto psicosocial de la anemia aplásica idiopática es una parte integral de la vida de los pacientes. La incertidumbre sobre la enfermedad, la adaptación a nuevos tratamientos y la preocupación por los efectos en el organismo pueden provocar ansiedad y estrés. Es importante brindar un apoyo integral que considere tanto los aspectos médicos como psicológicos de la enfermedad.

En resumen, los resultados de este estudio proporcionan una comprensión más profunda de la anemia aplásica idiopática y su naturaleza compleja. Este estudio destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario para tratar esta enfermedad rara pero grave, que abarca desde posibles causas hasta efectos en el sistema sanguíneo y terapias actuales y emergentes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la anemia aplásica idiopática es un trastorno hematológico complejo que impacta significativamente la producción de células sanguíneas en la médula ósea. A pesar de los avances en la investigación médica, las causas exactas de esta enfermedad aún no se comprenden por completo. Las teorías actuales

apuntan hacia una interacción entre factores genéticos y autoinmunitarios, pero se requieren más investigaciones para establecer un panorama más claro.

Los efectos hematológicos de la anemia aplásica idiopática son pronunciados y pueden llevar a una tríada de síntomas graves. Estos efectos impactan negativamente la calidad de vida de los pacientes y requieren un enfoque multidisciplinario en el tratamiento.

La terapia actual se basa en reducir la respuesta inmunológica anormal mediante inmunosupresores o en casos graves, el trasplante de médula ósea. Sin embargo, los resultados prometedores en terapias inmunomoduladoras brindan nuevas esperanzas, pero también demandan una mayor comprensión y estudios a gran escala para determinar su eficacia y seguridad a largo plazo.

Además de los desafíos médicos, la anemia aplásica idiopática también ejerce un impacto psicosocial significativo en la vida de los pacientes.

En consecuencia, esta investigación destaca la necesidad de un enfoque integral para abordar la anemia aplásica idiopática. La combinación de esfuerzos de investigación médica, desarrollo terapéutico y apoyo emocional es esencial para brindar una atención óptima a los pacientes. A medida que la ciencia avanza, se espera que se logre una comprensión más profunda de las causas y mecanismos de la enfermedad, y se abran nuevas puertas hacia terapias más efectivas y una mejora en la calidad de vida de los pacientes afectados.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000554.htm#:text=La%20anemia%20aplásica%20idiopática%20es,producir%20células%20sanguíneas%20y%20plaquetas>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/aplasticanemia.html>
3. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/aplastic-anemia/symptoms-causes/syc-20355015>
4. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/anemia-aplasica>

Capítulo 339

EL TRABAJO SOCIAL Y SU FUNCIÓN DE MEDIADOR DE CONFLICTOS AL ALTA HOSPITALARIA

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

ANA PARRAS VACAS

GLORIA PANIAGUA LEAL

1 Introducción

Dada la idea general de que el conflicto es parte de la naturaleza humana, tiene sentido que cualquier grupo de personas en una empresa, familia u otro entorno pueda experimentar conflictos de diversos tipos.

Hay momentos en que las relaciones entre el personal médico, las instituciones, las organizaciones sociales, los pacientes y las familias se vuelven conflictivas en el entorno sanitario en general y en el hospital en particular.

Cuando los familiares no pueden llegar a un acuerdo sobre un diagnóstico, curso de tratamiento o recursos de apoyo para el alta hospitalaria, esto generalmente resulta en un retraso en la estadía hospitalaria o desgana.

Cabe señalar que debido a que el conflicto en el sector salud provoca un cierto nivel de ansiedad, angustia, miedo, etc., adquiere una complejidad peculiar, en

el paciente que se encuentra en situación precaria, dependiente y dolorosa, y en sus familiares o allegados. Porque el curso de la progresión de la enfermedad es incierto.

Se producirán resultados negativos si las habilidades profesionales de gestión de conflictos son insuficientes para una o más de las partes involucradas.

El uso de la mediación de conflictos en la planificación del alta hospitalaria será el tema principal de este artículo.

2 Objetivos

- Describir el papel y las funciones que lleva a cabo un trabajador social de la salud que media en conflictos en las relaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 disputas entre familiares de pacientes con enfermedades mentales, ancianos dependientes y pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, cuyas secuelas son incapacitantes, son a menudo la raíz de los conflictos que pueden surgir cuando se elaboran planes de alta hospitalaria.

Los problemas derivados de los derechos a la información, la privacidad, el consentimiento informado y el respeto del paciente contribuyen a otras situaciones conflictivas.

La toma de decisiones recae en la familia cuando el paciente tiene deterioro cognitivo o es incapaz de tomar sus propias decisiones.

Tomar una decisión sobre un curso de tratamiento, una intervención o un recurso de apoyo social en el momento de la hospitalización, que ya es un desafío, se vuelve aún más difícil.

Los conflictos pueden ser de cinco tipos diferentes:

- Relación: aquellas que son resultado de estereotipos, experiencias y emociones, como cuando alguien cree que es más capaz de tomar decisiones por un miembro de la familia que tiene deterioro cognitivo.
- Falta de información: cuando no pueden tomar una decisión informada porque, por ejemplo, desconocen cómo ha progresado la enfermedad de cáncer de un miembro de la familia.
- De intereses: Los intereses son lo que impulsa a las personas, y los intereses de una persona a menudo se consideran más importantes que los de otra, como es el caso cuando dos personas se niegan a turnarse para cuidar a un paciente porque creen que sus respectivas ocupaciones son más importantes.
- Estructural: se refiere a cuestiones provocadas por actores o factores externos, como la ausencia de un Centro de Día cerca del domicilio del paciente.
- Normas morales y éticas, personales e intransigentes, como la convicción de que el tratamiento con sedantes de pacientes terminales constituye un atentado contra la vida del paciente y es, por tanto, moralmente repugnante.

El trabajador social interviene para ayudar a las partes con sus intereses en conflicto cuando surge uno. El objetivo es ayudar a las partes a reformular sus intereses y necesidades a la luz del futuro.

Resolver el problema a través de la negociación de una manera que beneficie a ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

Para manejar eficazmente la complejidad de todos los conflictos y las circunstancias que intervienen en las relaciones interpersonales, la mediación es un proceso complejo que requiere la práctica y la formación especializada en conocimientos y habilidades.

El trabajador social de la salud promueve, apoya y contribuye mediante el uso de métodos y técnicas comunes a la profesión de los trabajadores sociales para así mejorar las conexiones interpersonales y profesionales, al tiempo que antepone las necesidades del paciente y la calidad de la atención. Considerar siempre al paciente, la familia, los cuidadores y el Centro hospitalario cuando se resuelvan las disputas.

6 Bibliografía

1. Código Deontológico De Trabajo Social. Disponible en www.consejotrabajosocialcyl.org.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 340

EL TRABAJO SOCIAL Y LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN HOSPITAL

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

GLORIA PANIAGUA LEAL

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

La intervención psicosocial se basa en el modelo psicosocial, que fue utilizado por primera vez en la década de 1920 por autores de renombre como Mary E. Gordon Hamilton, Harry Perlman o Richmond. Para que los profesionales del Trabajo Social puedan contribuir, podemos definir la intervención psicosocial como el conjunto de medidas destinadas a disminuir los riesgos y problemas sociales que vive una persona o un grupo social para trabajar para elevar la calidad de vida de una persona, así como su bienestar social, emocional, familiar y comunitario. Establecer y ampliar redes sociales y de apoyo para todos, actuando como agentes primarios, trabajando y actuando desde la protección social que nuestra Carta Magna establece como un derecho de todas las personas, atendiendo a cualquier tipo de colectivo para cubrir sus necesidades básicas y promover la comunidad

vida. Para ayudar a la persona a comprender lo que está pasando, primero es más importante comprender el problema

Este modelo de intervención se centra principalmente en el bienestar de la persona, teniendo en cuenta sus aspectos psicológicos y sociales que componen cada caso, es decir, el contexto de la persona, teniendo en cuenta factores significativos en su vida como factores internos o externos.

2 Objetivos

Exponer las funciones del trabajador social en la intervención psicosocial en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura sobre diversos textos documentales sobre el modelo de intervención psicosocial, consultando artículos de Pubmed, Medline y Scielo, con foco en los rasgos distintivos y especializados del tema en consideración.

Para potenciar el desarrollo de la investigación realizada, se han utilizado técnicas adicionales basadas en este modelo de intervención, como la realización de entrevistas a profesionales del trabajo social.

4 Resultados

Para comprender de dónde nace la noción de lo psicosocial, se hizo necesario hacer un rastreo desde una perspectiva histórica y disciplinar que permitiera identificar las raíces acerca de su surgimiento.

Según los expertos en trabajo social entrevistados, el proceso de intervención psicosocial es el siguiente:

1-Fase inicial.

Para ayudar a la persona a comprender lo que está pasando, primero es importante comprender el problema, así como las razones por las que se encuentra en esta situación.

La entrevista, junto con la visita domiciliaria y la observación directa, es el método más eficaz para evaluar y analizar la situación.

Conocidas las circunstancias, se elaborará un diagnóstico social y un pronóstico situacional.

2-Procedimiento.

Cuando un trabajador social ha identificado y es consciente del problema, utilizando en su caso a otros profesionales, avanzar en el diseño y elaboración de un plan de tratamiento del usuario, atendiendo a sus necesidades y demandas psicosociales.

También se pueden mencionar los siguientes métodos de trabajo para llevar a cabo el curso de acción adecuado para el paciente:

- Mano de obra directa. El trabajador social trabaja en estrecha colaboración con el cliente para ayudar a modificar cualquier fuente interna o externa de incomodidad.
- Trabajo que se hace indirectamente. El trabajador social modificará determinados aspectos del entorno a favor del usuario.

3-La evaluación debe ser continua con el objetivo de poder cambiar los componentes faltantes del plan de acción y, como resultado, adaptar siempre la situación del usuario a su propio cuidado.

El concepto de intervención psicosocial surge en los Estados Unidos a principios de la década de los 30 como un enfoque del trabajo de caso o “case work” que inició su desarrollo a principios de 1.800 y el cual era en las grandes organizaciones de beneficencia americanas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo social está implementando y apoyando a la persona, no solo facilitando el apoyo social que brindamos como trabajadores sociales, sino también el apoyo emocional con la orientación de profesionales especializados en la materia, como psicólogos, así podremos mejorar la calidad del usuario de vida. Los trabajadores sociales deberán coordinarse, en su caso, con otros profesionales sanitarios, como el personal de psicología.

Se considera pertinente reflexionar acerca de cómo ha trascendido lo psicosocial en Trabajo Social y su necesidad de pensar en contextos como el colombiano, donde es necesaria la intervención psicosocial pero resignificada en sus enfoques y métodos.

6 Bibliografía

1.Viscarret Garro, Jesús. Modelos de Intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial. Madrid Disponible en: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-en-ts.pdf>

Capítulo 341

EL TRABAJO SOCIAL Y EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN SANIDAD Y SU RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

MARÍA DEL PRADO ALBA MEDINA

MARIA INMACULADA GARCIA CUTANDA

SANDRA CARRASCO OJEDA

GLORIA PANIAGUA LEAL

ANA PARRAS VACAS

1 Introducción

El actual código de ética para el trabajo social, que entró en vigor el 29 de junio de 2012, describe el conjunto de valores, principios y normas que deben guiar a los trabajadores sociales en todos los campos de práctica profesional.

El trabajador social debe obtener previamente el consentimiento de los pacientes para su presencia e intervención si, como suele ocurrir en el sector sanitario, la intervención con un usuario/paciente requiere la colaboración y orientación simultánea de otros profesionales. Las relaciones interprofesionales deben desarrollarse conforme a estándares éticos, de igualdad y no discriminación, así como con el debido respeto, colaboración y profesionalidad. Estarán obligados a

guardar secreto profesional tanto respecto de sus intervenciones como de aquellas que reciban cualquier conocimiento de otros miembros del personal del centro sanitario. Para conseguirlo, registrará con precisión los datos para derivarlos y evaluarlos de forma rigurosa y objetiva. El trabajador social siempre debe fomentar el intercambio de conocimientos en el desempeño de sus funciones, ofreciendo asistencia, dirección y orientación. Deben promover constantemente la moralidad, la atención centrada en el paciente, la honestidad y la responsabilidad dentro del equipo multidisciplinario.

Es mejor si el paciente da su propio consentimiento y funciones corporales. Se dará máxima prioridad a la protección de datos, al principio de seguridad y a la toma de decisiones individuales.

2 Objetivos

- Describir el código de ética, alguna definición y contexto que suele utilizar el trabajo social en un hospital o centro de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La dignidad humana, la libertad y la igualdad son valores universales e inquebrantables en los que se basa el desempeño profesional de los trabajadores sociales. La dignidad, la libertad y la igualdad de cada usuario/paciente a quien prestas asistencia son principios fundamentales que debes acatar y respetar en el desarrollo de tu actividad. Para lograrlo es necesario que haya respeto activo, aceptación, falta de juicios de valor, solidaridad y ausencia de hostilidad hacia el sujeto con quien se realizará la intervención, además de reconocer los propios derechos y obligaciones. Por otro lado debe mantener la integridad en sus interacciones y colaboraciones profesionales con otros profesionales para poder llevar a cabo las diversas intervenciones de manera activa, constructiva y solidaria.

Los principios éticos de privacidad, confidencialidad y uso responsable de la información obtenida del ejercicio de su profesión guiarán las decisiones éticamente justificables que se tomen. El ámbito competencial en el marco de la institución en la que desarrolla su actividad debe ser siempre el punto de partida de toda la intervención con el fin de encontrar la mejor y más completa cobertura de las necesidades del paciente.

Debe fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre colegas. En sus interacciones con otros profesionales y con las instituciones de salud donde desempeña sus funciones. Debe ser riguroso, objetivo y publicar sus conclusiones sin menospreciar el trabajo de otros, siempre y cuando cumplan con los estándares éticos mencionados anteriormente. Debe fomentar la participación en el desarrollo de las políticas sociales de la institución y velar porque los informes realizados sigan sujetos a la obligación y derecho de confidencialidad. La información adquirida debe ser de alta calidad y estrictamente necesaria para su desempeño.

5 Discusión-Conclusión

Para ejercer profesionalmente el trabajo social es necesario tener un conocimiento sólido de la ética. La Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre se encuentran entre las leyes, decretos y documentos relevantes que lo respaldan en su funcionamiento.

Por tanto, deben estar preparados para colaborar activamente con otros profesionales, trabajando en equipo, teniendo en cuenta sus opiniones y criterios, respetándolos y manteniendo el principio colaborativo, sin prejuicios ni menosprecio por la profesionalidad de los demás compañeros.

El trabajador social será el responsable de controlar la eficacia de la intervención tanto en sus interacciones directas con los usuarios como con otros profesionales. Continúe siempre recibiendo como objetivo final de asistencia o Abordar proactivamente el problema del usuario o paciente, fomentando un ambiente acogedor y asegurando su satisfacción con los servicios prestados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 342

CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANA MARÍA SOLÍS

MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ LLERGO

LUCÍA VALENCIA GARCÍA

ESTRELLA JARA LAVADO

BEATRIZ MORENO LIZCANO

1 Introducción

En el mundo de la medicina, la seguridad del paciente es un principio duradero y un objetivo importante.

Debido a la complejidad de la práctica médica moderna, con una amplia variedad de procedimientos, tratamientos y enfoques terapéuticos, se requiere vigilancia y una cuidadosa implementación de medidas para garantizar la seguridad y la salud de todos los que buscan asistencia médica. En este contexto, el papel del laboratorio clínico emerge como un pilar fundamental para promover la seguridad del paciente.

Los avances tecnológicos han cambiado la forma en que entendemos y gestionamos las enfermedades. Las pruebas de laboratorio, desde análisis de sangre y

orina hasta pruebas microbiológicas y genéticas, han evolucionado desde herramientas puramente de diagnóstico hasta herramientas críticas que abogan por la seguridad del paciente en cada etapa del proceso de atención médica. Más allá de producir resultados, los laboratorios clínicos han desempeñado un papel mucho más amplio en la prevención de malas prácticas, la detección temprana de enfermedades y la evaluación continua de la eficacia del tratamiento.

El propósito de este estudio es investigar en detalle la contribución esencial de los laboratorios clínicos a la seguridad del paciente. Desde su papel en el diagnóstico preciso y la selección de tratamientos apropiados, hasta las intervenciones en la prevención de complicaciones y malas prácticas, se enfatiza la importancia de este campo en la prestación de atención médica integral.

En un mundo donde la innovación médica está evolucionando rápidamente, la complejidad de las enfermedades continúa desafiando nuestra comprensión y los pacientes dependen de los profesionales de la salud para brindar atención, la seguridad del paciente continúa siendo una métrica clave. A través de sus pruebas y compromiso con la calidad y la precisión, los laboratorios clínicos son grandes aliados en este viaje, asegurando que la atención no solo sea efectiva, sino también segura y libre de riesgos innecesarios.

2 Objetivos

- Comprender el papel fundamental que desempeñan los laboratorios clínicos en la seguridad del paciente.
- Investigar cómo las pruebas de laboratorio pueden ayudar a detectar enfermedades tempranamente, monitorear el tratamiento, prevenir errores médicos y mejorar la calidad de la atención médica en general

3 Metodología

La metodología de este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, incluidos resultados de investigaciones, estudios de casos y orientación clínica sobre la contribución de los laboratorios clínicos a la seguridad del paciente.

Se prueban diferentes tipos de pruebas de laboratorio, que incluyen: análisis de sangre, orina y microbiológicos y cómo ayudan a prevenir diagnósticos erróneos, identificar riesgos y guiar las decisiones de tratamiento. También analiza los desafíos y oportunidades para integrar eficazmente los laboratorios clínicos en los flujos de trabajo de atención médica.

Para ello, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La contribución del laboratorio clínico a la seguridad del paciente incluye muchos aspectos importantes que van mucho más allá de las pruebas de diagnóstico tradicionales. Desde la detección temprana de enfermedades hasta la prevención de errores médicos.

1. Detección temprana y diagnóstico preciso de:

El examen clínico es una herramienta importante para la detección temprana de enfermedades. Los análisis de sangre, orina y otros fluidos corporales pueden proporcionar una imagen precisa de la salud de una persona. La enfermedad suele ser asintomática en sus primeras etapas, lo que dificulta su detección clínica. Los laboratorios clínicos pueden detectar signos tempranos de enfermedad, lo que permite una intervención oportuna y un tratamiento más eficaz. Por ejemplo, medir ciertos biomarcadores en sangre puede indicar la presencia de enfermedades como diabetes, enfermedades renales y enfermedades cardiovasculares antes de que aparezcan síntomas obvios.

2. Monitoreo de la terapia:

El laboratorio clínico juega un papel importante en el monitoreo de la efectividad de la terapia. Durante una enfermedad o tratamiento, las pruebas periódicas pueden evaluar cómo está respondiendo el cuerpo. Por ejemplo, para pacientes con enfermedades crónicas como presión arterial alta, los laboratorios clínicos pueden evaluar cómo los medicamentos afectan los niveles de sodio, potasio y otros electrolitos. Esto permite realizar ajustes terapéuticos precisos, garantizar que los pacientes reciban la dosis correcta y evitar posibles efectos secundarios no deseados.

3. Prevención de malas prácticas:

Los laboratorios clínicos también desempeñan un papel importante en la prevención de malas prácticas. Desde confirmar las identidades de los pacientes hasta garantizar la precisión de las muestras, los laboratorios trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales médicos para garantizar que los resultados sean confiables y reflejen el verdadero estado de salud de los pacientes. Reconocer las discrepancias entre los resultados de las pruebas y los síntomas clínicos ayuda a evitar diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados.

4. Soporte de decisiones:

El laboratorio clínico proporciona información objetiva y cuantitativa para respaldar la toma de decisiones clínicas. Los médicos pueden utilizar los resultados de las pruebas para elegir el tratamiento adecuado y evaluar el curso de la enfermedad. Por ejemplo, en pacientes con enfermedades infecciosas, las pruebas de laboratorio pueden identificar patógenos específicos y su susceptibilidad a los antibióticos, facilitando la selección del tratamiento más eficaz.

5. Conectividad e Integración:

Es importante señalar que laboratorios clínicos no operan de forma aislada. La colaboración interdisciplinaria entre profesionales médicos y laboratorios clínicos es esencial para una interpretación precisa de los resultados. Además, la integración de datos de laboratorio en la historia clínica electrónica mejora la comunicación entre los miembros del equipo médico y promueve un enfoque coordinado en la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

En un entorno sanitario cada vez más complejo y dinámico, la contribución del laboratorio clínico a la seguridad del paciente es una columna vertebral duradera. Los avances en la investigación y la ciencia han hecho que, lo que antes era un simple análisis de sangre o prueba diagnóstica no solo impacte en la salud del paciente, sino que también juegue un papel importante en la prevención de errores y la mejora de los resultados, se ha convertido en una herramienta útil para resultados médicos.

Tras la investigación realizada se constata que la detección temprana de enfermedades mediante pruebas de laboratorio se ha convertido en una estrategia esencial para la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades, ya que los laboratorios clínicos no solo brindan información sobre los parámetros bioquímicos y hematológicos de un paciente, sino que también permiten a los médicos tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la atención.

A medida que los laboratorios clínicos se convierten en defensores, evitar los errores médicos se convierte en la norma. Desde el examen cuidadoso de las muestras hasta la identificación de discrepancias entre los resultados de las pruebas y los síntomas clínicos, los laboratorios clínicos trabajan diligentemente para garantizar la exactitud e integridad de los datos que informan las decisiones médicas.

En última instancia, se destaca la mejora de la seguridad del paciente mediante la intervención continua del laboratorio clínico. Más allá de las pruebas físicas, los laboratorios clínicos son sinónimo de calidad, precisión y mejora continua.

Como defensores de los pacientes y guardianes de la seguridad, los trabajadores de laboratorio desempeñan un papel importante en la medicina moderna.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2014/pt141c.pdf>.
2. <https://www.redalyc.org/pdf/651/65112134004.pdf>.
3. <https://revistamedica.com/seguridad-paciente-laboratorios-clinicos/>.
4. <https://seguretatdelspatients.gencat.cat/es/detalls/noticia/La-seguretat-del-pacient-un-aspecte-clau-a-la-medicina-del-laboratorio>.
5. https://labgetafe.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1135:seguridad-del-paciente&catid=65&Itemid=660&lang=es.

Capítulo 343

ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS TÉMPOROMANDIBULARES A TRAVÉS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA POR EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JULIA GARRIDO RAMOS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

ANDREA SANZ QUERENCIAS

JACOBO DIAZ ALONSO

1 Introducción

Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) son afecciones que abarcan a la musculatura facial, sobre todo músculos de masticación como el músculo masetero, temporales, pterigoideos internos y la articulación propiamente dicha (estructuras óseas, discos o meniscos y cóndilos).

Pueden clasificarse en varias afecciones como son: desplazamientos o luxaciones de meniscos, osteoartrosis y osteoartritis de la ATM, desórdenes congénitos, desórdenes inflamatorios, sinovitis, traumatismos etc.

La articulación temporomandibular (ATM) es una estructura muy importante a tener en cuenta, ya que forma una única unidad conjunta con los huesos/músculos del cráneo y cuello. Por lo tanto, hay que estudiarla para descartar patologías relacionadas con dicha unidad.

Gracias a ella podemos realizar la masticación, estabilización y movimientos de desplazamiento de la mandíbula.

Se ha convertido en un problema significativo en relación con la población. Más del 30% presentan clínicas relacionadas con: dolor articular en ATM, bruxismo, limitación de la apertura, dolor periodontal, cefaleas y chasquidos (clicking).

En este capítulo se ha desarrollado la importancia de la imagen diagnóstica, la cantidad de información y detalles que han obtenido con el estudio de la articulación temporomandibular en resonancia magnética nuclear y el papel del técnico de imagen para el diagnóstico (TSID) en la realización de esta prueba.

2 Objetivos

- Explicar el procedimiento sobre el estudio de resonancia magnética de ATM desde el papel del técnico de imagen para el diagnóstico.
- Enumerar las secuencias/protocolos que más se utilizan y más información pueden dar en el estudio.

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 sobre el diagnóstico de la ATM a través de la 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la ejecución de esta prueba, el técnico de imagen para el diagnóstico (TSID) colocará al paciente en decúbito supino con la cabeza primero, hacia el gantry. Se utilizará la antena específica de ATM y en su defecto, si no posee una, la antena de cráneo.

El estudio de ATM por resonancia magnética es dinámico, es decir, se divide en dos partes:

- Boca cerrada: en la que se estudiará las dos ATM en una posición relajada y en oclusión completa.
- Boca abierta: se analizará las ATM bilaterales, con una apertura mayor de 20 mm. Para poder ver el desplazamiento de traslación anterior de la mandíbula. Para la apertura prolongada de la boca durante el procedimiento, se podrán utilizar jeringas para morder. Aunque están desaconsejadas, ya que pueden resbalarse durante la adquisición del estudio y no ser tan eficaces para una apertura céntrica. Se recomienda usar ceras de mordidas.

Protocolo:

1. El TSID procederá a programar los localizadores en los 3 planos. Colocará los cortes para programar la primera y segunda secuencia: T1 coronal y T2 TSE coronal FASTSAT.

- Localizador sagital y axial: serán perpendiculares al cóndilo de la ATM, abarcando por encima del cerebelo y por debajo del ángulo de la mandíbula.
- Localizador coronal: se comprobará el posicionamiento de los planos anteriores para que este se encuentre correctamente establecido. Se deberá realizar las angulaciones pertinentes respecto a ambas articulaciones según la inclinación de la cabeza.

2. Al adquirir los coroneles, se seguirá programando las secuencias sagitales oblicuas, tanto con boca cerrada como con boca abierta.

Una vez se hayan obtenido las secuencias con boca cerrada, el TSID entrará a la sala y le colocará al paciente la cera o la jeringa dentro de la boca para proceder a la apertura bucal. Intentando no mover nada al paciente para que no haya ningún cambio en el posicionamiento de este.

Se podrá utilizar un DP TSE Sagital oblicuo y T2 me2d/EG oblicuo.

3. Por último, el TSID guardará dos localizadores tanto en axial como en coronal del posicionamiento y cortes realizados en ambas secuencias. Para que, a posteriori, el radiólogo verifique que la realización de estos haya sido la adecuada con base en la anatomía a estudiar.

Los protocolos más utilizados serían estos anteriormente descritos, coroneles y sagitales oblicuos. A consecuencia de que son los planos que, para esta estructura anatómica, proporcionan más información para el diagnóstico.

Las secuencias axiales se podrán añadir si fuese necesario ampliar la información del estudio. Pero no son obligatorias.

Las imágenes ponderadas en T1 y DP, ayudarán a evaluar la anatomía. En este caso, tejidos óseos y discales de la ATM. Las imágenes ponderadas en T2, STIR

y EG, se consideran las mejores secuencias para valorar derrames articulares y lesiones inflamatorias.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado que la resonancia magnética nuclear para el estudio de los trastornos temporomandibulares es la prueba diagnóstica por excelencia, con la que más información se obtiene y menos invasiva/dañina es para el paciente. Simplemente con seis secuencias en el protocolo del estudio y gracias al papel del técnico de imagen para el diagnóstico (TSID), se adquiere un análisis casi total de la articulación temporomandibular (ATM) y sus estructuras adyacentes. Permitirá diagnosticar a los radiólogos del servicio de imagen diagnóstica y a los doctores de cirugía oral y maxilofacial en equipo, el desarrollo en la sintomatología del paciente y poder ayudarlo ante la clínica y resultados que se hayan obtenido en esta prueba. Si es necesario, se realizarán otras pruebas complementarias.

6 Bibliografía

1. González Ballester D. Influencia de las características morfológicas de la articulación temporomandibular en la presencia de trastornos internos y patología articular en sujetos voluntarios asintomáticos. Estudio mediante valoración clínica y resonancia magnética. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://dehesa.unex.es/handle/10662/1539>.
2. Ortiz Barcia RO, Barona Terán JE. Análisis de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética en pacientes con disfunción temporomandibular. *Revista Científica de especialidades odontológicas*. 2021; 3(2):1–8.
3. Calleja JML-A, Cabellos JAB, De Vera JLDCP, Carretero JLC, Martín JMV, Lamas JMA, et al. Diagnóstico avanzado de la patología de la articulación temporomandibular (atm) con resonancia magnética seram [Internet]. 2022 [citado el 9 de agosto de 2023]; 1(1).
4. Lévano Loayza SA, Sovero Gaspar AT. Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. *Rev. Estomatol Hered* [Internet]. 2021 [citado el 9 de agosto de 2023]; 30(4):285–93.
5. Grandmont P. Osteoartrosis/osteoartritis de la articulación temporomandibular. *Rev int prótes estomatol* [Internet]. 2010 [citado el 9 de agosto de 2023]; 12(2):183–4.

6. Lescas Méndez O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L, et al. Trastornos temporomandibulares: Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. Cátedra especial “Dr. Ignacio Chávez”. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2012 [citado el 9 de agosto de 2023];55(1):4–11.

Capítulo 344

SILICOSIS: PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y OTROS PROFESIONALES

JACOBO DIAZ ALONSO

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JULIA GARRIDO RAMOS

ANDREA SANZ QUERENCIAS

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

1 Introducción

La silicosis es una de las enfermedades respiratorias profesionales más frecuentes en nuestro medio. Se produce por la inhalación de sílice cristalina, que desencadena una respuesta fibrótica en el parénquima pulmonar. Se presenta como una enfermedad intersticial difusa con una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde no presentar sintomatología hasta desarrollar una insuficiencia respiratoria crónica.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y los hallazgos radiológicos, no existe un tratamiento efectivo y, cuando se confirma, el paciente debe mantenerse alejado de todas las fuentes de exposición ocupacional.

Hay una serie de normas que revisan aspectos clínicos, radiológicos y funcionales y también proponen estrategias de diagnóstico y seguimiento para la clasificación de los pacientes, así como recomendaciones sobre las implicaciones laborales de la enfermedad.

Aunque la sílice es un contaminante común del aire, y la exposición sostenida con efectos patógenos se produce casi en su totalidad por los aerosoles de polvo generados en el lugar de trabajo.

La exposición al polvo de sílice puro es rara, pero debido a que este mineral es abundante en la corteza terrestre, no es raro que esté presente en el polvo de una variedad de actividades industriales, junto con otros minerales diferentes.

2 Objetivos

- Mostrar las medidas de prevención en la silicosis por parte del técnico superior en imagen.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los programas específicos de vigilancia médica de la salud están dirigidos a los profesionales sanitarios que vigilan la salud de su personal.

Será de aplicación a todos los trabajadores que vayan a estar expuestos, estén expuestos o hayan estado expuestos a la inhalación de polvo que contenga sílice cristalina durante la jornada laboral con los siguientes fines:

- Prevenir posibles efectos adversos para la salud.
- Detección temprana de silicosis.
- Proteger la salud de las personas con enfermedades respiratorias crónicas.

Consta de 2 partes:

- Seguimiento de la salud personal.
- Supervisión de la salud del grupo.

Para una correcta valoración y prevención de la silicosis tendremos que valorar individualmente:

+Historial laboral:

Se debe conocer el tiempo de exposición a las posibles partículas de sílice, el tipo de exposición y las medidas de prevención y protección que se desarrollan en el ambiente laboral, tanto actualmente como en puestos pasados. Han de dejar un registro de la empresa, sector, puesto, tiempo, materia prima, niveles de exposición, fecha y sistema de protección.

+Historia clínica:

Se deben valorar antecedentes personales, sobre todo enfermedades pulmonares parecidas como neumoconiosis, sarcoidosis y otras. Valorar hábitos tóxicos, en especial el tabaquismo. Exploración física, al menos auscultación. Pruebas de imagen, radiografía PA y Lateral realizada y leída por expertos. Pruebas de función pulmonar, la espirometría según recomendaciones SEPAR. Se pueden realizar otras pruebas a juicio del médico del trabajo.

+Periodicidad:

Se realizará un examen inicial tras la incorporación del trabajador o tras la asignación de tareas específicas con riesgo derivados de la exposición de sílice.

El examen periódico se realizará anualmente, excepto la exploración radiológica que se realizará en función del contenido de sílice de la materia prima o dependiendo de la situación laboral:

- Anualmente, en trabajadores con contenido de sílice libre mayor del 15%, en minería interior no carbonífera y en minería interior del carbón a partir de los 10 años.
- Trienal, en trabajadores con contenido de sílice libre menor del 15% y en minería interior del carbón los primeros 10 años.

¿Cómo se valora la radiografía simple de tórax?

Es la parte más importante por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico. Las radiografías de tórax, en proyecciones PA y lateral, se deben realizar siguiendo las recomendaciones de la Guía para el uso de la clasificación internacional de la OIT de radiografías de neumoconiosis, con una técnica y un método adecuado. Una vez realizada la radiografía, debe ser leída de forma estandarizada según el sistema ILO 2011 por un lector o lectora entrenados, comparándola con

las placas patrón (OIT 2011-D). La lectura debe ser realizada por radiólogos expertos que harán que aumente la efectividad del procedimiento.

La lectura ILO se divide en 5 partes:

- Calidad de la técnica.

Parte en la que el TSID debe aplicar una buena técnica radiográfica para que la lectura sea lo más exacta posible.

- Alteraciones parenquimatosas. Valorar si se encuentran opacidades pequeñas o grandes.

- Alteraciones pleurales, como engrosamientos pleurales o pinzamiento de los senos costofrénicos.

- Símbolos, para registrar las características radiográficas de importancia y describen hallazgos adicionales codificados.

- Comentarios libres, no incluidos en la lectura anterior.

Con programas de prevención bien planificados, la experiencia de algunas naciones ha demostrado de manera convincente que la incidencia de silicosis puede reducirse significativamente. Por ejemplo, esto se ha logrado en Australia, Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Alemania, Suecia, Suiza, el Reino Unido y los Estados Unidos.

El control de la exposición al polvo que contiene sílice es la única forma de salvar la salud de los trabajadores en ausencia de un tratamiento eficaz para la silicosis. Claramente, una serie de pasos preventivos son necesarios para prevenir con éxito la silicosis.

La sólida infraestructura requerida para prevenir con éxito la silicosis a nivel nacional incluye legislación, aplicación de normas técnicas y límites de exposición ocupacional, servicios de asesoría técnica, un sistema de inspección exitoso, un sistema de información bien organizado y un programa de acción nacional que involucre a organizaciones gubernamentales, empresas y sindicatos.

A nivel corporativo, el uso de tecnologías apropiadas para prevenir la formación de polvo de sílice, el uso de métodos de ingeniería para el control del polvo, el cumplimiento de estándares técnicos y límites de exposición, el monitoreo del ambiente de trabajo para evaluar la efectividad de las medidas preventivas, el monitoreo de la salud de los trabajadores para detectar las primeras etapas de la silicosis, el uso de equipo de protección personal (como medida temporal), así como la educación en salud, son factores importantes.

En España las empresas tienen servicio de prevención propio o tienen contratados servicios de prevención externos tales como Preving, Cualtis, Norprevencion, Quirón prevención, Europrevencion servicios de riesgos laborales, entre

otras, que realizan controles periódicos a trabajadores expuestos a partículas de sílice, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados de su actividad laboral.

5 Discusión-Conclusión

El capítulo sobre enfermedades respiratorias ocupacionalmente relacionadas es particularmente importante en el campo de la salud ocupacional.

Durante mucho tiempo se ha entendido que respirar polvo de la mina presenta un riesgo para la salud. Desde entonces, la comprensión de los efectos patológicos que estas sustancias tienen en el sistema respiratorio, conocido como neumoconiosis, ha aumentado. Dado que prevalece en la corteza terrestre y tiene un alto potencial patogénico, la sílice (dióxido de silicio libre, SiO₂) es el principal representante del grupo.

La silicosis, que causa discapacidades y deterioro en la salud de los trabajadores, sigue siendo un problema en los países industrializados, subdesarrollados y en desarrollo, a pesar de todos los esfuerzos nacionales e internacionales para prevenirlo.

Para maximizar las medidas de reconocimiento y prevención temprana en aquellas situaciones en las que existe el potencial de que se desarrolle, es imperativo establecer la consistencia en la metodología para la prevención, el diagnóstico y el manejo de esta enfermedad crónica y costosa que genera un impacto significativo debido a la discapacidad asociada.

Es fundamental proporcionar a todos los profesionales de la salud ocupacional una herramienta de toma de decisiones basada en criterios ocupacionales, clínicos, higiénicos, epidemiológicos, de laboratorio y médicos. Al hacer esto, aumentamos la consistencia y la calidad de la atención brindada a los trabajadores, así como al uso de recursos y contribuimos a su uso en la práctica preventiva.

6 Bibliografía

1. Archbronconeumol.org. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-normativa-el-diagnostico-seguimiento-silicosis-articulo-S0300289614003275>.
2. Gob.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/silicosis.pdf>.
3. Salud en el trabajo: silicosis. 2015 [citado el 14 de agosto de 2023]; Disponible en: https://www.ilo.org/safework/areasofwork/occupational-health/WCMS_354286/lang--es/index.htm.

4. Santana López S, Linares Fernández TM, Orozco Manso JE. Silicosis. Actualidad y metodología diagnóstica. Rev cuba salud trabajo [Internet]. 2011 [citado el 14 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-52602>.

Capítulo 345

RADIOLOGÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

LORENA MORÓN ROJAS

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

En el contexto de la atención médica oncológica, las técnicas de imagen radiológica han emergido como pilares fundamentales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades neoplásicas. Estas tecnologías han revolucionado la forma en que los profesionales de la salud abordan el cáncer, permitiendo una visualización detallada de las estructuras internas del cuerpo humano. Desde la radiología convencional hasta las sofisticadas modalidades de imagen como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la medicina nuclear, la capacidad de obtener imágenes precisas y funcionales ha redefinido la evaluación de los pacientes oncológicos.

La detección temprana es un componente esencial en la lucha contra el cáncer, y la radiología convencional ha sido un pilar en este aspecto, permitiendo la visualización de alteraciones en los tejidos y huesos. Sin embargo, a medida que la tecnología ha avanzado, las técnicas de imagen se han vuelto más refinadas y específicas. La TC, con su capacidad para generar imágenes transversales y tridimensionales, ha revolucionado la estadificación y planificación de tratamientos. La RM, por su parte, ha proporcionado una ventana única hacia los tejidos blandos y ha mejorado la detección y caracterización de lesiones en órganos vitales. La medicina nuclear, en particular la tomografía por emisión de positrones (PET-TC), ha llevado la evaluación oncológica a un nivel molecular y funcional. La capacidad de rastrear la actividad metabólica y la distribución de radiofármacos ha permitido una identificación más precisa de lesiones y ha mejorado el seguimiento de la respuesta terapéutica.

La importancia de los procedimientos radiológicos también se extiende al campo de la radioterapia y la cirugía. La radioterapia guiada por imagen (IGRT) asegura que la radiación se administre con precisión milimétrica, minimizando el daño a los tejidos circundantes. Además, las técnicas de imagen son esenciales en la planificación quirúrgica, permitiendo la localización precisa de lesiones y la orientación durante los procedimientos.

En conjunto, esta revisión busca explorar la evolución de las técnicas de imagen radiológica en el contexto de la oncología. A través de un análisis exhaustivo de la literatura científica, se pretende resaltar tanto los avances tecnológicos como las limitaciones de estas técnicas. Al comprender cómo cada modalidad de imagen contribuye al diagnóstico y manejo del cáncer, podemos arrojar luz sobre la importancia de la imagen radiológica en la atención multidisciplinaria de los pacientes oncológicos.

2 Objetivos

- Evaluar el impacto de las técnicas de imagen radiológica en la detección temprana y precisa de neoplasias.
- Analizar la contribución de la radiología convencional, TC, RM y medicina nuclear en el diagnóstico y estadificación de pacientes oncológicos.
- Examinar los beneficios y limitaciones de cada técnica de imagen en la evaluación de la respuesta terapéutica y el seguimiento.
- Investigar los procedimientos radiológicos que guían la planificación de tratamientos como la radioterapia y la cirugía.

- Destacar la importancia de la colaboración interdisciplinaria para la interpretación de imágenes y la toma de decisiones clínicas en el ámbito oncológico.

3 Metodología

En este estudio, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica.

Se seleccionaron investigaciones, revisiones y estudios clínicos relacionados con técnicas de imagen radiológica en pacientes oncológicos.

Se examinaron aspectos como la eficacia diagnóstica, las aplicaciones clínicas y las limitaciones de las diversas modalidades de imagen, así como los procedimientos radiológicos en el ámbito oncológico.

La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos médicas y científicas relevantes, como PubMed, Medline y Scielo.

La información obtenida se analizó y sintetizó para proporcionar una visión integral de la contribución de las técnicas de imagen radiológica en el diagnóstico y manejo de pacientes con cáncer.

4 Resultados

La radiología desempeña un papel esencial en el diagnóstico y seguimiento de pacientes oncológicos. La radiografía convencional, aunque limitada en su capacidad de detección temprana, sigue siendo valiosa en la evaluación de metástasis óseas y para controlar la progresión de la enfermedad. La TC se destaca por su capacidad para generar imágenes transversales de alta resolución, lo que facilita la estadificación precisa y la planificación de tratamientos como la radioterapia. Además, la TC de doble energía está emergiendo como una herramienta prometedora para la caracterización de tejidos y la detección temprana de lesiones.

La RM, por otro lado, brinda información detallada sobre tejidos blandos y es particularmente útil en la evaluación de lesiones cerebrales, hepáticas y prostáticas.

La RM de difusión y perfusión permite evaluar la vascularización y la agresividad de los tumores. La medicina nuclear, en especial la PET-TC, se ha convertido en una piedra angular para la estadificación y monitorización de la respuesta al tratamiento en diversas neoplasias. La capacidad de visualizar la actividad metabólica y molecular de los tejidos ha mejorado la detección de lesiones tempranas y la evaluación de su respuesta al tratamiento.

En el servicio de radiodiagnóstico, los procedimientos guiados por imagen son fundamentales. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y la biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) se realizan bajo guía radiológica, lo que permite

una obtención precisa de muestras para el diagnóstico histopatológico. La radiografía también es crucial para la localización de lesiones no palpables antes de la cirugía.

La radioterapia guiada por imagen (IGRT) utiliza imágenes para asegurar la precisión en la administración de radiación, minimizando el daño a los tejidos sanos circundantes. Esto es especialmente importante en tratamientos radioterapéuticos de alta precisión, como la radioterapia conformada y la radioterapia estereotáctica.

En resumen, las técnicas de imagen radiológica tienen un impacto significativo en la evaluación integral de pacientes con neoplasias. La evolución tecnológica continúa mejorando la capacidad de detección temprana, caracterización precisa de lesiones y monitorización de la respuesta al tratamiento. La colaboración entre profesionales de la salud y la selección adecuada de técnicas de imagen desempeñan un papel vital en el cuidado de pacientes oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las técnicas de imagen radiológica han revolucionado la atención oncológica al proporcionar herramientas precisas y no invasivas para la detección temprana, el diagnóstico certero y el seguimiento efectivo de las neoplasias. Desde la radiología convencional hasta las avanzadas modalidades como TC, RM y medicina nuclear, estas tecnologías han mejorado la capacidad de los profesionales de la salud para evaluar la morfología y la función de los tejidos afectados. Si bien cada técnica tiene sus propias ventajas y limitaciones, su aplicación interdisciplinaria en el ámbito de la oncología ha permitido una atención más completa y personalizada.

La evolución tecnológica continúa impulsando el campo de la imagen radiológica, con desarrollos como la PET-TC y la IGRT que han ampliado aún más la precisión y eficacia de la evaluación oncológica.

La colaboración entre radiólogos, oncólogos y otros profesionales de la salud es fundamental para optimizar el uso de estas técnicas en beneficio de los pacientes. En última instancia, el papel de la imagen radiológica en el cuidado de pacientes oncológicos es insustituible y seguirá siendo una herramienta vital en la lucha contra el cáncer.

6 Bibliografía

1. García-Baños R, Morales A, Molina J, et al.(2023). Avances en técnicas de imagen radiológica para la evaluación oncológica. Revista de Radiología. 2023.
2. Pérez-Martínez A, López-Sánchez D, Rodríguez-Castro D, et al.(2022). Impacto de la tomografía por emisión de positrones en la estadificación y seguimiento de pacientes con cáncer. Revista de Medicina Nuclear. 2022.
3. Fernández-Gómez M, González-Cabrera J, Navarro-Vila C, et al.(2021). Radioterapia guiada por imagen: Avances y aplicaciones en oncología. Revista de Radio-oncología. 2021.

Capítulo 346

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA SALA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

CRISTINA POLONIO

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

LORENA MORÓN ROJAS

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

La radiología intervencionista ha emergido como una disciplina médica de vanguardia que combina la precisión diagnóstica con la terapia mínimamente invasiva. En los últimos años, ha experimentado un crecimiento exponencial debido a su capacidad para ofrecer tratamientos altamente eficaces con riesgos mínimos para los pacientes. En este contexto, el papel del técnico en radiología intervencionista ha cobrado una relevancia sin precedentes.

Históricamente, los técnicos en radiología desempeñaban un papel secundario en el ámbito de la radiología intervencionista, siendo los radiólogos los protagonistas principales. Sin embargo, con la evolución tecnológica y la sofisticación

de las técnicas intervencionistas, el rol del técnico se ha transformado en uno de gran responsabilidad y liderazgo en el equipo médico. Los técnicos son ahora esenciales en la planificación, preparación y ejecución de procedimientos intervencionistas, trabajando en colaboración estrecha con los radiólogos y otros profesionales de la salud.

Uno de los aspectos cruciales en los que los técnicos en radiología intervencionista desempeñan un papel vital es en la realización de técnicas de sustracción y mapeo. Estas técnicas se han convertido en herramientas fundamentales para lograr una visualización precisa y en tiempo real de las estructuras anatómicas durante los procedimientos intervencionistas. La sustracción permite la eliminación de estructuras superpuestas en las imágenes, lo que mejora la diferenciación de los tejidos y vasos sanguíneos, facilitando la identificación de lesiones y la colocación precisa de dispositivos médicos. El mapeo, por otro lado, proporciona una representación tridimensional de las estructuras internas, permitiendo una guía más precisa y segura durante los procedimientos.

El avance constante en la tecnología de imágenes ha llevado a una mayor sofisticación de los equipos de radiología intervencionista, lo que ha aumentado la necesidad de técnicos altamente capacitados y especializados. Los técnicos deben tener un profundo conocimiento de los principios físicos y técnicos detrás de estas tecnologías, así como una comprensión sólida de la anatomía humana y las patologías clínicas. Además, deben poseer habilidades de comunicación y trabajo en equipo para colaborar eficazmente con los radiólogos y otros miembros del equipo médico.

En resumen, el papel del técnico en radiología intervencionista ha evolucionado de manera significativa en respuesta a los avances tecnológicos y la creciente demanda de procedimientos mínimamente invasivos. Las técnicas de sustracción y mapeo han emergido como componentes esenciales para optimizar los resultados clínicos al permitir una visualización detallada y guía precisa durante los procedimientos. Este artículo examinará en detalle cómo estos avances han transformado el campo y subrayará la importancia de la colaboración entre técnicos, radiólogos y otros profesionales de la salud en la radiología intervencionista moderna.

2 Objetivos

- Explorar el rol del técnico en radiología intervencionista en la planificación, preparación y ejecución de procedimientos de sustracción y mapeo.
- Evaluar la aplicación de técnicas de sustracción y mapeo, analizando cómo con-

tribuyen a la visualización y guía mejoradas durante los procedimientos intervencionistas.

- Investigar cómo estas técnicas de sustracción y mapeo optimizan la calidad de las imágenes y la precisión de los resultados clínicos.
- Identificar los desafíos técnicos, operativos y de colaboración que los técnicos en radiología intervencionista enfrentan al implementar estas técnicas, buscando estrategias efectivas para superar estos desafíos y mejorar la calidad y eficacia de los procedimientos.
- Examinar la colaboración interprofesional, analizando cómo la colaboración entre técnicos, radiólogos y otros profesionales de la salud impacta en la implementación exitosa de técnicas de sustracción y mapeo.
- Estudiar cómo una comunicación efectiva y una comprensión compartida de los objetivos mejoran los resultados.

3 Metodología

Este estudio ha usado un enfoque retrospectivo y analítico.

Se han recopilado datos de casos seleccionados en los que se aplicaron técnicas de sustracción y mapeo en radiología intervencionista.

Se examinaron registros médicos, imágenes y reportes de procedimientos. Además, se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas con técnicos superiores en imagen para el diagnóstico que trabajan en radiología intervencionista con experiencia para comprender sus enfoques y desafíos en relación con estas técnicas.

Los datos cuantitativos y cualitativos se analizaron en conjunto para proporcionar una visión completa de la contribución del técnico en radiología intervencionista y la efectividad de las técnicas de sustracción y mapeo en la optimización de resultados clínicos.

4 Resultados

Los resultados de este estudio ofrecen una visión profunda y esclarecedora sobre el papel esencial del técnico en radiología intervencionista en la implementación de técnicas de sustracción y mapeo, así como su impacto en la mejora de los procedimientos intervencionistas.

El análisis retrospectivo de casos reveló que las técnicas de sustracción son una herramienta invaluable para la eliminación de estructuras superpuestas en las

imágenes, permitiendo una visualización más nítida de las estructuras anatómicas y patológicas. Los técnicos desempeñaron un papel crucial en la optimización de los parámetros de sustracción, lo que llevó a una mejora significativa en la calidad de la imagen. Esto resultó en una mayor capacidad para identificar y evaluar con precisión vasos sanguíneos y lesiones, lo que a su vez contribuyó a una toma de decisiones más informada durante los procedimientos.

En relación con las técnicas de mapeo, los resultados indicaron que estas proporcionaban una representación tridimensional detallada de las estructuras anatómicas internas. Los técnicos demostraron una habilidad excepcional en la generación y manipulación de imágenes de mapeo en tiempo real, lo que facilitó la navegación y la colocación precisa de dispositivos médicos. Esto tuvo un impacto directo en la eficacia y seguridad de los procedimientos, ya que permitió a los radiólogos y al equipo médico tener una comprensión más clara de la anatomía y las relaciones espaciales.

Sin embargo, los resultados también pusieron de manifiesto desafíos inherentes en la implementación exitosa de estas técnicas. La coordinación estrecha entre los técnicos y otros profesionales de la salud, particularmente los radiólogos, emergió como un factor crítico para lograr resultados óptimos. La comunicación efectiva y la comprensión mutua de los objetivos fueron cruciales para garantizar la colaboración interprofesional fluida y el logro de los mejores resultados clínicos.

En última instancia, este estudio reafirma la importancia de los técnicos en radiología intervencionista como actores clave en la aplicación exitosa de técnicas de sustracción y mapeo. Su experiencia en la optimización de imágenes y su habilidad en la generación y manipulación de imágenes de mapeo son fundamentales para mejorar la precisión y seguridad de los procedimientos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una formación continua y una colaboración efectiva entre técnicos y otros miembros del equipo médico para seguir avanzando en la radiología intervencionista y proporcionar una atención de alta calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el rol del técnico superior de imagen para el diagnóstico especializado en radiología intervencionista es fundamental en la implementación de técnicas de sustracción y mapeo, que desempeñan un papel crucial en la mejora de la visualización y la guía precisa durante los procedimientos intervencionistas.

Se resalta la importancia de la colaboración interprofesional y la comunicación efectiva entre técnicos y radiólogos para optimizar los resultados clínicos. La habilidad de los técnicos para ajustar parámetros, generar imágenes de alta calidad y adaptarse a situaciones cambiantes es esencial en este entorno dinámico.

Se destaca la necesidad de una formación continua y actualizada para mantenerse a la vanguardia de las últimas tecnologías y prácticas en radiología intervencionista.

En última instancia, esta investigación subraya la contribución esencial de los técnicos en la mejora de la atención al paciente, enfatizando la importancia de su papel en la evolución constante de esta disciplina médica.

6 Bibliografía

1. Gupta I, Gupta A. Role of Radiologic Technologists in Interventional Radiology. *Radiologic Technology*. 2019;91(6):538-550.
2. Owen S, Chai K. Advances in Interventional Radiology. *J Med Radiat Sci*. 2017;64(2):83-84.
3. Tan J, Kishore S, Thacker P. Subtraction Angiography in Interventional Radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2018;41(9):1331-1332.

Capítulo 347

EL ROL DEL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL COVID 19

MIRIAM BERMEJO PEÑA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

1 Introducción

Es conocida la pandemia del COVID en el 2020 en España que alteró la vida diaria de las personas, y de manera más específica a nivel sanitario; lo que llevó a modificar las atenciones directas y tomar protecciones en las consultas.

En las consultas bucodentales se usa material rotatorio que producen aerosoles que contienen agentes infecciosos en sangre y/o saliva lo que puede provocar una contaminación cruzada tanto al paciente como Higienista. De ahí la utilización de equipos de protección individual (batas, gorros, guantes, mascarillas tipo Fpp2 o Fpp3, Gafas de protección, pantalla facial, protección para calzado).

Además durante la situación del COVID-19 se establecieron unos protocolos para la atención de pacientes, una de las primeras decisiones que se tomaron fue la suspensión de las consultas dentales no urgentes en Atención primaria.

Ese primer contacto se sustituyó por una llamada telefónica para realizar un triaje y comprobar que es algo urgente además de descartar si existen síntomas compatibles con el COVID-19.

Si el paciente fuera susceptible de ser atendido al ser una urgencia se llevarán a cabo unos protocolos y si el paciente tiene que ser atendido y se encuentra afectado de COVID-19 se llevará a cabo dicha atención bajo unas medidas exhaustivas.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación del Higienista en Atención Primaria.
- Conocer las medidas que el Higienista debe tomar ante un paciente con COVID-19.

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, COVID-19, atención Primaria.

4 Resultados

Ante la atención clínica directa de un Higienista bucodental con un paciente con COVID - 19 en atención primaria, se debe conocer de manera exhaustiva el protocolo de actuación:

- Al llegar el paciente se realizará un lavado de manos con hidrogel, además de tomarle la temperatura.
- En la consulta se protegerán todas las superficies con material desechable.
- El Higienista se colocará el Equipo de Protección Individual.
- Posteriormente se realizará el tratamiento al paciente.
- Cuando acabe el tratamiento tanto el Equipo de Protección individual como todo el material que se ha utilizado para proteger todas las superficies serán desechadas en contenedores aislados.
- Se llevará a cabo la esterilización del material utilizado.
- Se limpiará también toda la sala con solución hipoclorica sódica.
- La consulta se ventilará el máximo tiempo posible.

Es importante para el Higienista bucodental tratar a los pacientes con patologías propias de atención primaria, al mismo tiempo hay que dar importancia a la situación que hemos pasado y a que día de hoy seguimos inmersos en ella (aunque de una manera leve comparada con la anterior), ante esta situación como profesionales debemos proteger a los pacientes de la transmisión del COVID-19 y como no protegernos los propios profesionales.

En la actualidad la situación y la atención que se proporciona en atención primaria a vuelto a la normalidad, pudiendo atender a los pacientes tanto con patologías urgentes como leves de manera directa, el único cambio que perdura es la utilización de material protector (mascarilla, guantes...) para evitar la propagación del COVID-19 y al mismo tiempo de cualquier infección cruzada.

Los Higienistas deben respetar las normas y cumplir con todos los protocolos y medidas anticovid que se vayan instaurando en Atención Primaria en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica pertinente se puede concretar que durante la pandemia mundial que se vivió desde diciembre del 2019, los Higienistas tuvieron que cambiar su atención directa con los pacientes para evitar la transmisión del COVID-19 entre profesional-paciente y paciente-paciente.

Entre las medidas a llevar a cabo por los Higienistas sería realizar un triaje por vía telefónica para descartar síntomas y catalogar la atención como urgente, lavarse las manos frecuentemente (y por ende antes de entrar en las consultas), tomar la temperatura para asegurar la ausencia de fiebre, utilizar Equipos de protección individual y cubrir todos los utensilios de la sala con materiales desechables.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Profesionales/ Salud Pública/ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)/ Alertas en Salud Pública de Actualidad/ Enfermedad por nuevo coronavirus COVID-19.
2. Consejo General de Dentistas de España. El nuevo Coronavirus 2019-nCoV y el manejo del paciente dental.
3. Gaceta Dental.com /2020/04/la-higiene-oral-y-las-infecciones-por-virus-a-proposito-del-covid- 19-96516.

4. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Procedimientos de Farmacia Hospitalaria para la gestión de tratamientos con antivirales en la enfermedad por el nuevo Coronavirus Sars- CoV-2 (COVID-19).

Capítulo 348

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA SALA DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

REBECA TORRES DOMINGUEZ

CARLOS BENITA COTILLAS

MARTA HERNANDEZ PARDO

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

1 Introducción

La cirugía ortopédica y la traumatología son la especialidad que se ocupan del estudio, conservación, desarrollo y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios quirúrgicos, médicos y físicos.

Una vez en el quirófano, junto con el médico traumatólogo, el médico anestesista, el equipo de enfermería compuesto por la enfermera instrumentista (responsable de mantener la integridad y la seguridad del campo estéril durante la intervención quirúrgica), la enfermera circulante y las auxiliares de enfermería, el TSID (responsable de manejar el aparato de rayos X durante la intervención quirúrgica para la obtención de imágenes instantáneas), también pasa a formar parte

del equipo multidisciplinar el cual participa en las intervenciones quirúrgicas. El tipo de equipos de rayos X que solemos encontrarnos en estos quirófanos es diverso, principalmente Arcos de quirófano (o arcos quirúrgicos) que son dispositivos móviles de imágenes de rayos x, que mediante su forma de arco en C, permiten al personal sanitario visualizar en tiempo real, imágenes del paciente que se encuentra en el quirófano. También encontramos equipos portátiles, que se utilizan, si es necesario alguna radiografía.

Cada uno de los miembros que están formando parte de la intervención quirúrgica están obligados a tener el máximo conocimiento de cuáles son sus cometidos, para poder decidir en todo momento la mejor ubicación para el correcto desarrollo de nuestras funciones y de la operación.

2 Objetivos

Trabajar conjuntamente con el médico especialista, enfermera, auxiliar y celador de quirófano para la correcta utilización del arco quirúrgico, durante toda la intervención en la sala de cirugía.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación minuciosa sobre el tema propuesto, adquiriendo información sobre las principales bases de datos como: Nubix, AETR, Scielo. También se han consultado libros y artículos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

En quirófano, antes de esterilizar los campos quirúrgicos y con el paciente ya en la mesa operatoria, debemos de introducir el aparato de rayos X y junto con el médico especialista en traumatología, se hacen las reducciones con radioscopia pulsada, para hacer el fijado definitivo, momento en el que se accionan todos los frenos de la mesa quirúrgica.

A continuación, colocaremos el aparato en la posición de abordaje mas idónea para poder practicar las proyecciones intraoperatorias que nos vaya dictando el traumatólogo. Después se apartara el aparato dejándolo en un sitio adecuado para tener un sencillo acceso a la posición intraoperatoria decidida.

Las lesiones mas frecuentes que nos vamos a poder encontrar en un quirófano de traumatología son las fracturas, que gracias al arco de quirófano, el cual nos permite trabajar viendo en todo momento la situación real de la intervención, facilitará la reducción de las fracturas, la introducción de fijadores, clavos intramedulares, agujas intra-óseas, etc. Es muy importante respetar los campos estériles y realizar diversos movimientos con el arco para visualizar desde diferentes proyecciones y planos el estudio a realizar. Otra medida que debe llevar a cabo el técnico siempre que sea posible es poner el intensificador arriba de la mesa quirúrgica y el tubo debajo para que el personal reciba la menor radiación dispersa.

El papel del TSID en el campo de la protección radiológica es muy importantes, puesto que debe tomar una serie de precauciones contra el efecto nocivo de las radiaciones, por lo que tendrá que vestir con delantales plomados, protectores tiroideos, gafas de cristales plomados. Es el encargado de evitar el descuido por omisión de la protección contra las radiaciones, y debe hacer que todo el personal en la sala de intervención quirúrgica cumpla con estas medidas de protección radiológica.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que las funciones que realiza el técnico de imagen para el diagnóstico en quirófano durante las intervenciones quirúrgicas en traumatología y cirugía ortopédica son de mera importancia para llevar a cabo un buen resultado. el técnico de imagen para el diagnóstico debe moverse por el quirófano de forma que se puedan esquivar todos los obstáculos (evitando pasar por medio de los cirujanos, mesas de instrumentación, etc.), teniendo en cuenta que el técnico es personal no estéril y por este motivo esta zona no debe tocarla jamás pudiendo utilizar solo la zona no estéril o parte sucia.

Para no irradiar innecesariamente al personal de la sala quirúrgica, el técnico debe velar por la protección radiológica de todos los miembros de esta.

6 Bibliografía

<https://ccmedico.es/arcos-de-quiroyano>

<https://revistamedica.com/arco-quirurgico>

Capítulo 349

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA ECOGRAFÍA UROLÓGICA

LORENA MORÓN ROJAS

LETICIA CERDEÑO DE PAZ

CRISTINA POLONIO

MIGUEL DAMAS CRUZ

JORGE VALERO MARTÍN

1 Introducción

La ecografía urológica ha emergido como una herramienta crucial en la práctica médica contemporánea, revolucionando la forma en que evaluamos y diagnosticamos las enfermedades del sistema urinario. Al aprovechar las propiedades de las ondas sonoras de alta frecuencia, esta técnica no invasiva ha permitido a los profesionales de la salud visualizar en tiempo real las estructuras anatómicas internas con una claridad sin precedentes. Desde su introducción en la década de 1950, la ecografía ha evolucionado enormemente, pasando de imágenes bidimensionales a tridimensionales y en movimiento, lo que ha mejorado significativamente su capacidad para detectar y caracterizar una amplia gama de patologías urológicas.

La anatomía del sistema urinario, con sus órganos delicadamente interconectados, presenta desafíos únicos para la detección temprana y precisa de afecciones. La ecografía se ha convertido en un pilar en esta área, brindando la capacidad de visualizar órganos como los riñones, la vejiga y la próstata con una resolución impresionante. Al evitar la exposición a radiaciones ionizantes, la ecografía ofrece una alternativa segura y efectiva para la exploración anatómica y el diagnóstico, siendo particularmente valiosa en la evaluación de pacientes pediátricos y embarazadas.

A lo largo de los años, las innovaciones tecnológicas han permitido la creación de sondas ecográficas especializadas que se adaptan a las características únicas de la anatomía urológica. Estas sondas, junto con los avances en la mejora de la calidad de imagen y el desarrollo de técnicas de Doppler, han ampliado aún más las capacidades diagnósticas de la ecografía urológica.

Este capítulo se propone explorar en profundidad la aplicación de la ecografía en el ámbito urológico, desde la sonda utilizada hasta la visualización de la anatomía y la identificación de patologías. Al comprender cómo la ecografía ha revolucionado la forma en que abordamos las enfermedades urológicas, podemos apreciar su importancia continua en la práctica clínica y su contribución fundamental a la mejora de la atención médica.

2 Objetivos

- Describir la utilidad y alcance de la ecografía en el ámbito urológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 ecografía urológica ha demostrado ser una herramienta excepcional para obtener imágenes detalladas y en tiempo real de las estructuras anatómicas del

sistema urinario, proporcionando información crucial para el diagnóstico y la gestión de diversas patologías.

En los riñones, la ecografía permite evaluar su tamaño, forma y posición. Los cortes longitudinales y transversales ofrecen una visión completa de estos órganos, permitiendo la identificación de alteraciones morfológicas como quistes, masas sólidas o dilataciones del sistema colector. Además, la técnica Doppler color brinda la posibilidad de evaluar el flujo sanguíneo renal, lo que es esencial en la detección de obstrucciones vasculares o enfermedades renales crónicas.

En la vejiga, la ecografía permite determinar el volumen de orina y evaluar su función de manera no invasiva. Esto es particularmente valioso en el seguimiento de pacientes con retención urinaria, infecciones recurrentes o trastornos de la vejiga. Además, la visualización de la pared vesical puede revelar la presencia de pólipos, tumores o engrosamientos que pueden indicar condiciones inflamatorias o neoplásicas.

En el caso de los hombres, la ecografía de próstata es fundamental para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata, la enfermedad maligna más común en esta población. La técnica permite evaluar el tamaño, la forma y la ecogenicidad de la próstata, y es especialmente útil para guiar las biopsias dirigidas, lo que aumenta la precisión en la detección de tumores.

Los avances tecnológicos han llevado la ecografía urológica un paso más allá, permitiendo la adquisición de imágenes tridimensionales y la reconstrucción en tiempo real. Esto ha mejorado la capacidad de los profesionales de la salud para planificar cirugías urológicas, evaluar el éxito de los procedimientos y realizar un seguimiento preciso de la progresión de las enfermedades a lo largo del tiempo. En resumen, la ecografía urológica ha revolucionado la forma en que evaluamos y diagnosticamos las enfermedades del sistema urinario. Su capacidad para proporcionar imágenes de alta resolución en tiempo real, junto con su carácter no invasivo y su seguridad inherente, la convierten en una herramienta esencial en la práctica clínica. Desde la visualización de los riñones y la vejiga hasta la evaluación de la próstata, la ecografía continúa desempeñando un papel fundamental en la detección temprana, el diagnóstico preciso y la mejora de la atención médica en el campo de la urología.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía urológica ha demostrado ser una piedra angular en la evaluación diagnóstica y el seguimiento de enfermedades del sistema urinario. Su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real, sin la exposición a radiaciones

ionizantes, la convierte en una herramienta invaluable. Desde la visualización detallada de la anatomía de los riñones, vejiga y próstata hasta la detección temprana de patologías como cálculos, quistes y tumores, la ecografía ha redefinido el enfoque en el diagnóstico de trastornos urológicos.

La versatilidad de las sondas ecográficas y los avances en la calidad de imagen han ampliado su aplicabilidad clínica. Además, la ecografía tridimensional y la técnica Doppler color han mejorado la precisión diagnóstica y el monitoreo de la función vascular. En el contexto de la atención médica moderna, la ecografía urológica no solo brinda información esencial para la toma de decisiones clínicas, sino que también mejora la experiencia del paciente al minimizar la necesidad de procedimientos invasivos. En consecuencia, su papel continúa expandiéndose, consolidando su estatus como un recurso esencial en la evaluación y el manejo de enfermedades urológicas.

6 Bibliografía

1. GonzálezL,CalvoA,FernándezP,etal.Artefactosenlaimagendeultrasonido. Radiologia. 2017;59(4):296–305.
- 2.CosgroveD,PiscagliaF,BamberJ,etal.Directricesyrecomendacionesdela EF-SUMB sobre el uso clínico de la elastografía por ultrasonido. Parte 2: Aplicaciones clínicas. Ultraschall Med. 2013;34(3):238–253.
3. PfeiferL,MukhopadhyayS.Artefactosenultrasonido:reconocmientoyevitación. J Med Ultrasound. 2020;28(4):197–206.

Capítulo 350

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

ZAIRA OUTEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las actuaciones que se realizan para ayudar o reducir el efecto de la lesión o lesiones de una persona accidentada, es lo que conocemos como primeros auxilios. Son acciones in situ y no son tratamientos médicos, es decir, cualquier ciudadano con unas nociones básicas puede prestarlos, por eso se consideran de obligación moral.

La aplicación de los primeros auxilios en el justo momento de la emergencia es algo sumamente importante, ya que implica que se obtenga un buen o mal pronóstico cuando la víctima llega a un centro sanitario. Hay un gran número de pacientes que llegan a las urgencias de los hospitales en muy mal estado debido a la falta de primeros auxilios en la primera fase del suceso, crucial para salvar la vida o que las secuelas provocadas sean las mínimas posibles.

De ahí que el primer interviniente, es decir, la primera persona que atiende a la víctima, tenga un papel tan importante, ya que en algunas ocasiones los primeros minutos son vitales. Para ello, es fundamental saber que debemos hacer y que no, así como saber mantener la calma y tener claras cuáles son nuestras limitaciones, porque una técnica mal aplicada puede ser muy peligrosa y provocar más daño que beneficio.

Las afecciones cardíacas, concretamente el infarto de miocardio, es la principal causa de defunción en el mundo, responsable del 16% del total de muertes mundiales. La mortalidad por esta afección fuera de los hospitales supera el 40%. Si se

actúa correctamente en estos primeros instantes, la probabilidad de supervivencia es del 80%.

Los ictus o accidentes cerebrovasculares son la segunda causa de muerte mundial, representa un 11%. Una actuación rápida puede evitar discapacidades permanentes e incluso la muerte del paciente.

Los politraumatismos, debido en su mayoría a accidentes automovilísticos, también son una de las principales actuaciones de primeros auxilios que necesitan de una rápida actuación, ya que en función de donde hayan sucedido las lesiones, puede haber un alto riesgo para la vida. Así como ocurre también con los casos de atragantamientos tanto en niños como en adultos. Es la tercera causa de muerte no natural, puesto que cada año mueren miles de personas por este suceso.

En muchos de estos casos, la supervivencia de la persona depende del tiempo de respuesta. Por ello, ante una situación de emergencia, la pauta de actuación básica que cualquier ciudadano debería conocer es la llamada regla PAS (proteger, alertar y socorrer).

Tener habilidades y conocimientos de primeros auxilios ayuda a crear comunidades más seguras y saludables. Cualquier persona puede necesitar asistencia médica, y como cada vida cuenta, todos deberíamos de tener la capacidad de salvar vidas y de crear un entorno más seguro. Eso sí, hay que tener en cuenta el público a quien dirigimos esa formación. Un protocolo de una reanimación cardiopulmonar se enseña de diferente forma si está dirigido a la población general o si está dirigido a personal especializado.

Los niños, adolescentes o personas adultas deberían tener una educación de calidad en primeros auxilios, de modo que la formación al respecto debe ser accesible para todos y todas, ya desde la infancia.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de los primeros auxilios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la lectura de diferentes artículos publicados en diferentes blogs de ámbito científico y sanitario con publicaciones y estudios realizados por profesionales de la salud, así como blogs de asociaciones especializadas en la salud.

También se ha realizado una búsqueda de datos oficiales que han sido publicados por agencias de datos cuya fuente ha sido la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Instituto Nacional de estadística (INE), así como artículos periodísticos y revistas web.

4 Resultados

La formación en primeros auxilios tiene como objetivos:

- Enseñar a conservar la vida humana.
- Instruir a las personas que vayan a realizar dichas prácticas que el éxito depende de una adecuada aplicación.
- Aplicar con razonamiento e inmediatez las maniobras de auxilio.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- Ayudar a la recuperación.
- Asegurar el traslado de las víctimas a un centro asistencial.

¿Hacemos todo lo posible por educar a la sociedad en la práctica de primeros auxilios?

La educación en este ámbito permite preparar a la ciudadanía a ser más autosuficiente, y a ayudar a preservar la salud y seguridad de otras personas. Lo que contribuye a cultivar más la empatía, la confianza en uno mismo y la disposición para actuar y ayudar a otros. Nos hace mejor como sociedad.

España es uno de los países de la unión europea con menos formación en primeros auxilios. 8 de cada 10 ciudadanos cree que en España no se hace todo lo posible para recibir una formación adecuada en primeros auxilios.

Según datos de una encuesta realizada por el SEMES, el 75,6% de los encuestados consideró insuficiente la formación que poseen los españoles sobre los PPAA. Sin embargo, el 98,7% considera muy importante que los ciudadanos tengan dichos conocimientos. Pero solo un 38,3% se sentía capacitado para enfrentarse a una situación de parada cardiaca. Así que el 81,6% de los encuestados en nuestro país considera que no se hace todo lo posible para que los ciudadanos tengan una formación adecuada en maniobras de auxilio.

Una capacitación en primeros auxilios, puede ser un requisito primordial para trabajadores de sectores laborales específicos. Por ejemplo, las personas que educan y cuidan a los niños o ancianos deberían ser capaces de realizar maniobras de soporte vital.

Estamos fallando desde las administraciones y, por lo tanto, desde los centros escolares, dónde se deberían introducir los primeros auxilios como parte de una

asignatura escolar más, y que su aprendizaje acompañe a los niños en toda su etapa escolar y edad adulta.

Para estar adecuadamente informados y preparados para intervenir ante cualquier emergencia es imprescindible la formación del personal y también de los alumnos.

Técnicas básicas como la maniobra de Heimlich es un procedimiento sencillo que todos deberíamos conocer, ya que cualquiera puede sufrir un atragantamiento accidental. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) dicho suceso es la tercera causa externa de muerte.

Respecto a las emergencias cardíacas, solo 4 de cada 10 españoles se siente capacitado para actuar ante una parada cardiorrespiratoria inesperada empleando la maniobra de RCP y/o el uso de un desfibrilador (DEA).

5 Discusión-Conclusión

Como sociedad debemos concienciarnos y mejorar en el ámbito de maniobras vitales, ya que estar más preparados nos hará ser menos vulnerables ante cualquier situación de emergencia inesperada. La vida es lo más valioso que tenemos y todos debemos de ser capaces de ayudar dentro de nuestras posibilidades (edad y capacidad física).

Visualizarlo desde la empatía quizás nos ayudaría como sociedad a mostrar un mayor interés de cara a tener una buena formación en primeros auxilios.

Implantar dicho adiestramiento entre los niños y jóvenes desde las aulas es lo más acertado.

Es cierto que el conocimiento sobre maniobras de soporte vital en la población española ante una situación de emergencia ha aumentado en los últimos años, pero seguimos estando lejos de las cifras de otros países europeos.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (oms).
2. <https://www.ludusglobal.com/blog/atragantamiento-estadisticas-datos-de-muertes>.
3. <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/-/importancia-aprendizaje-permanente-primeros-auxilios-1>.
4. <https://www.semes.org>.

Capítulo 351

EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA EL PAPEL DE LA ECOGRAFIA EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS PERSONAS CON CANCER DE MAMA

PAULA MENA GARCÍA

1 Introducción

Debido a que cada año los datos ofrecidos por la Sociedad Española de Oncología Médica demuestran que el número total de casos de cáncer de mama en España han ido ascendiendo hasta llegar a un total de 35.000 nuevos casos a principios del presente año.

Este dato evidencia la necesidad de realizar un nuevo estudio que no solo actualice y amplíe los conocimientos relacionados con dicha patología y la técnica principal de su detección, ecografía, sino también que aporte, con datos reales, la información necesaria y rigurosa para eliminar los mitos creados socialmente sobre el temor a dicha enfermedad. (Mellado, 2018).

La principal motivación, por tanto, para elegir este tema, la ecografía empleada en la detección del cáncer de mama, está fundamentada en los datos científicos aportados por la Sociedad Española de Oncología Médica.

Aunque existen también otros hechos, igual de importantes que el mencionado, que han reforzado el interés para la realización de este estudio.

De igual forma se ha podido observar a lo largo del tiempo un número de casos creciente de personas cercanas con esta patología, así como también el gran abanico de edades a las que afecta, resultando ser éste un factor predominante para el aumento de casos a nivel nacional e internacional.

Ser una de las enfermedades punteras de los índices de salud en todos los países occidentales (ya que sólo en éstos hay datos fiables) y debido a que cada vez es mayor la investigación para conocer mejor la enfermedad, así como para su temprana detección, han sido otras características determinantes para decidir realizar la investigación sobre esta técnica aplicada.

Sin olvidar, así mismo, la evolución de la farmacología para dicha patología y el evidente avance tecnológico en todas las técnicas de imagen para el diagnóstico y detección de diversas patologías.

Toda evolución tecnológica aplicada en el campo de la salud y, por otra parte, a las ciencias técnico-científicas, hacen que se pueda realizar una sincera reflexión sobre la importancia de éstas en la vida de multitud de individuos e incluso en familias enteras.

Llegar a conocer dichos avances, poder interiorizarlos para llegar a hacer comprensible el funcionamiento del cuerpo humano y sus cambios biológicos, así como la ampliación de conocimientos en ámbitos científicos, como la física, hacen más que interesante la ampliación de conocimientos sobre la técnica ecográfica.

No se debe olvidar que todas estas circunstancias sobre la salud resultan un asunto imprescindible en el ámbito que atañe al trabajo de “Imagen para el Diagnóstico”, y es por todas estas razones que se emprende su estudio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Actualizar los conocimientos sobre la técnica de la ecografía aplicada a una de las patologías más extendidas en la sociedad, el cáncer de mama.

Objetivos específicos:

1. Reunir las pruebas científicas sobre cómo ayuda la ecografía en la pronta detección de la enfermedad, evitando así su mal pronóstico y una mala evolución.
2. Actualizar todas las novedades tecnológicas que afectan a la detección y tratamiento de dicha patología.
3. Desmitificar la malignidad que socialmente se achaca al cien por cien de los casos que sufren esta patología, y demostrar con datos científicos que no es en absoluto así.

Es muy importante romper la vinculación errónea que se tiene en muchos sectores sociales y ayudar a que se deje de pensar que tener cáncer es sinónimo de muerte.

4. Desmentir, con datos oficiales, la falsa idea de que el cáncer de mama es una enfermedad que se limita al sector social de mujeres, debido a que también lo padecen hombres.

3 Metodología

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

Para lograr la realización del presente estudio de revisión bibliográfica se debe: En primer lugar se debe localizar en los buscadores antes mencionados la información exacta sobre la ecografía y su aplicación práctica en la detección del cáncer de mama, así como saber los resultados beneficiosos.

A su vez, buscar en los buscadores la definición de todo aquel término nuevo relacionado con la misma para saber con exactitud su importancia y vinculación dentro del ámbito de dicha patología.

Buscar y conseguir datos fiables relacionados con la evolución de las novedades tecnológicas y cómo han logrado reducir el número de casos a la hora de detectar antes la enfermedad.

Conseguir encontrar en dichos buscadores varios casos clínicos en los que se hayan aplicado las novedades tecnológicas en el campo de la ecografía aplicada a la mama para comprobar el beneficio.

Igualmente, se usará la información sobre ecografía impartida en el segundo curso de

Imagen para el Diagnóstico, concretamente en los temas sobre Ecografía.

4 Resultados

1. QUÉ ES EL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO:

El cáncer es la enfermedad que se presenta cuando las células de una zona corporal se multiplican sin control ninguno y, al crecer en gran cantidad, se trasladan a otras células y tejidos cercanos. (Germá, 2021).

Por su evolución, extensión a toda clase social y el aumento de los números de casos en todas las horquillas de edad, se la ha llegado a considerar como la enfermedad del siglo XX y XXI.

También se debe dar a conocer la inmensa inversión que la mayoría de gobiernos, especialmente los occidentales, están efectuando cada año al dedicar elevadas cantidades del presupuesto de cada país al avance en la farmacología efectiva para esta enfermedad así como también en todo tipo de máquinas que aporten información decisiva tanto para la detección temprana como para evitar que se extienda la células cancerosas.

En cuanto al tratamiento han ido desarrollándose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y en lo que llevamos del siglo actual múltiples tipos de tratamientos con el objetivo de eliminar o reducir la zona tumoral y, a la vez, reducir al máximo los posibles efectos secundarios que solían tener así como la posibilidad de metástasis.

Entre estos tratamientos, los más comunes son la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia así como la misma cirugía directa en la zona afectada.

2. TIPOS DE CÁNCER, EN GENERAL:

La extensión de esta grave patología no sólo se debe a la gran virulencia que llega a tener, sino a que su desarrollo puede darse en cualquier parte del cuerpo.

Por mencionar sólo unos cuantos tipos, destacamos:

Cáncer de cérvix, cáncer de ovario, cáncer colorrectal, cáncer de pulmón, cáncer hepático, cáncer de útero, cáncer rectal, cáncer de estómago, cáncer de colon y un largo listado de otras zonas corporales. (González, 2015).

3. INCIDENCIA DE LOS TIPOS DE CÁNCER:

El cáncer es la segunda causa de muerte en España, después de las enfermedades cardiovasculares que ocupan el primer puesto.

Hay algunos tipos de cáncer que sólo pueden afectar según el género de la persona; es decir, en mujeres sólo puede existir el cáncer de ovarios, de útero...

Y en hombres sólo puede darse el cáncer de testículos, próstata...

Entre otros porcentajes del desarrollo de cáncer, tenemos:

Cáncer de mama: Es el tercer tipo de cáncer más frecuente.

Cáncer de cérvix: Es el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres.

4. DATOS BÁSICOS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA:

Entre los distintos tipos de cáncer, que la mayoría puede desarrollarse en órganos que comparten ambos géneros (pulmón, colon, hígado, etc...) hay uno, en concreto, que socialmente se relaciona exclusivamente con el sexo femenino y es un error debido a que también puede desarrollarse en cuerpos masculinos; se trata del cáncer de mama.

Es un tumor maligno causado por el crecimiento incontrolado de células anormales en la misma glándula mamaria.

El cáncer de mama se origina en la unidad terminal ducto lobulillar de la glándula mamaria. Cuando iniciado ya el proceso de malignización se dirigen hacia el conducto entonces se le denomina carcinoma ductal.

Al dirigirse hacia el lobulillo resulta ser el carcinoma lobulillar. (Gómez-Calvo, 2022).

5. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA:

A: Tumor in situ:

Se le denomina así cuando todas las células malignas han proliferado y están aisladas en el conducto o en el lobulillo de origen, es decir, cuando no llegan a traspasar la pared.

El tumor no llega a resultar ser una amenaza en esta etapa, por lo que su detección es uno de los beneficios directos más beneficiosos.

B: Tumor infiltrante o invasor:

Este tipo de tumor sí ha llegado a atravesar la pared de los conductos o lobulillos cuando se llega a diagnosticar.

El más severo es el carcinoma ductal infiltrante y su gravedad depende de la extensión que exista en el momento de su detección.

Se conocen, hasta ahora, más de 20 tipos (medular, coloide, inflamatorio...).

C: Enfermedad de Paget:

Cuando el tumor ya afecta al área en que desembocan los conductos en el pezón se le denomina así.

6. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL CÁNCER:

Ante todo, se debe preguntar la razón de porqué se le debe dar a esta clase de datos, los estadísticos, importancia en este tipo de patología.

Simplemente porque ofrecen mucha información, que ayudan a mejorarla.

A: EN ESPAÑA.

Cáncer de mama: Es el primer tipo de cáncer que desarrollan las mujeres.

Aunque es el tipo de tumor principal en ellas, los hombres también desarrollan este tipo de cáncer, aunque en porcentaje más bajo.

Cáncer de cérvix: Representa el 3'3 % de los tumores desarrollados entre mujeres españolas, lo que viene a suponer unos 2.100 casos cada año.

Cáncer de ovario: Este tipo de tumor es el sexto en frecuencia entre las mujeres, lo que supone en total, el 5'1 % de los tumores femeninos.

Cáncer colorrectal: Se da en ambos sexos pero entre las mujeres resulta ser el segundo tipo más frecuente, por detrás del cáncer de mama.

(Sánchez, 2021).

B: EN EL RESTO DEL MUNDO:

Se considera al cáncer de mama como el más frecuente en todo el mundo y el tumor más peligroso, agresivo y maligno entre la población femenina.

Suelen diagnosticarse entre los 35 y los 80 años.

En 2007 más de 1.200.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama.

Esta patología ha ido en aumento, hecho que puede deberse al aumento de una serie de factores, entre ellos el envejecimiento de la población y la cada vez mayor carestía de condiciones mínimas tanto higiénicas como alimenticias.

Sin olvidarnos del aumento progresivo de la descontrolada actividad humana en cuanto a adicciones se refiere.

La Organización Mundial de la Salud declaró en 2021 más de dos millones de casos.

(Blanco, 2022).

7: PERSPECTIVAS ACTUALES Y DE FUTURO:

Hoy día no es posible prevenir la aparición de cáncer de mama debido a que no se puede actuar sobre las múltiples variables que lo condicionan en todo el planeta. De ahí que la llamada “prevención secundaria” resulte ser tan importante.

Este tipo de prevención abarca todos los métodos para la detección precoz del cáncer de mama, resultando ser algo fundamental.

Tanto en la actualidad como en el futuro más inmediato esta enfermedad puede ser reducida a través con la prevención, como herramienta imprescindible.

La prevención, tanto actual como en el futuro inmediato, consiste en un conjunto de acciones cuyo objetivo es disminuir la incidencia y/o mortalidad del cáncer.

Existen dos tipos principales de prevención: a: Prevención Primaria:

Está formada por el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos saludables de la población hacia otros más saludables.

Hoy día no se disponen de medios definitivos para la prevención primaria de cáncer de mama debido a que no es posible actuar sobre las variables que lo condicionan, como son el sexo y edad. b: Prevención Secundaria:

Es el conjunto de acciones dirigidas a detectar precozmente tumores malignos.

El objetivo es disminuir la mortalidad mediante la detección en la población que esté en riesgo.

En el caso del cáncer de mama, está basada en el estudio mamográfico de forma periódica, hecho que ayuda a diagnosticar tumores en la fase temprana.

La forma más habitual es la palpación al explorar el médico la zona.

Otros medios diagnósticos auxiliares: Algunos son la Resonancia Magnética, la mamografía, la biopsia y la citología.

Es muy recomendable la autoexploración mamaria debido a que facilita la detección de posibles cambios.

8: HISTORIA DE LA ECOGRAFÍA:

El origen se dio en el siglo XVIII cuando Lazzaro Spallanzani descubre en 1700 la existencia de este tipo de ondas al observar y descubrir cómo cazaban los murciélagos a sus presas. Tan sólo era el principio de la ecografía.

1803: Nace en Austria el físico Christian Doppler, quien llegaría a descubrir que hay un efecto inmediato cuando una fuente en movimiento perturba el medio.

Sería un científico decisivo para el desarrollo del tipo de ecografía que llevaría su nombre y que más adelante desarrollaron otros físicos.

En 1917, Paul Langevin y Chilowsky produjeron el primer generador piezoeléctrico de ultrasonido, cuyo cristal servía como receptor de la onda y a la vez generaba cambios eléctricos al recibir vibraciones mecánicas.

En 1957 el ingeniero Tom Brown y el Dr. Ian Donald construyeron un escáner de contacto bidimensional. Usaron películas Polaroid para iniciar los estudios a partir de los ecos recibidos del cráneo fetal.

1983: Aloka introdujo en el mercado sanitario el primer equipo de Doppler a color, que permitió visualizar en tiempo real y en color el flujo sanguíneo.

(López, 2014).

Desde este momento todo han sido múltiples estudios y mejoras...

Por una parte hay que destacar que en los albores de la ecografía moderna, cuando no había aparatos para la realización de las primeras ecografías tal y como las conocemos hoy día, el hecho mismo de que apareciera un aparato de estas características, aunque diera unos resultados sencillos o básicos, fue toda una revolución.

Por otro lado, no se debe olvidar que cuando aparece un nuevo modelo con más características novedosas y eficaces, que ayude mucho más a la detección y reducción o eliminación de células tumorales, resulta ser todo un hito en la sociedad sino que, a la vez, supone para todo tipo de familias con algún miembro afectado por esta patología, en cualquiera de sus vertientes, toda una ventana abierta a la esperanza para poder seguir con vida.

9. QUÉ ES LA ECOGRAFÍA Y SUS VENTAJAS SOBRE OTRAS TÉCNICAS:

La ecografía es un procedimiento en el que se usan ondas de sonido (ultrasonidos) para observar los tejidos y órganos del interior corporal.

El sonido no puede ser captado por las personas más allá de los 20.000 Hz. (Hz es el número de ciclos por la unidad de tiempo.)

Estas ondas de sonido crean ecos que, al cambiar de dirección, forman las imágenes de los tejidos en la pantalla incorporada al emisor de ondas.

VENTAJAS:

No hay lugar a dudas que esta técnica, la ecografía, es muy importante y efectiva por una serie de características y ventajas que su naturaleza le aporta y le hacen destacar sobre otras muchas.

Tan sólo se exponen algunas de las mencionadas ventajas:

- 1: Es inocua debido a que usa ondas sonoras, no utiliza ningún tipo de radiación.
- 2: Tiempo en realizarse; normalmente suele ser entre 15-20 minutos.
- 3: No produce claustrofobia, debido a que no hay que introducirse en ningún aparato, como en el caso de las Resonancias Magnéticas.
- 4: Es más fácil poder comunicarse con quien realiza la ecografía.
- 5: La mayoría de ocasiones el paciente puede ver la pantalla.
- 6: Puede repetirse cuantas veces sea necesario sin temor a perjudicar al paciente.
- 7: Otras ventajas sobre otras técnicas: El gran realismo en algunos casos.

(Martínez, 2019).

10: CONCLUSIONES Y AFIRMACIONES OBJETIVAS SOBRE LOS 9 APARTADOS

ANTERIORES:

Ahora ya, al conocer datos básicos y objetivos, más que suficientes, se puede asegurar, sin lugar a error, varias afirmaciones, que son: a: El cáncer, en general, es una enfermedad muy estudiada e investigada. b: Esta enfermedad es objetivo de multitud de trabajos iniciados cada año. c.: El cáncer de mama tiene un porcentaje casi del 100 % de supervivencia. d: El cáncer de mama no es equivalente a muerte.

Así lo demuestran los datos estadísticos sobre la incidencia en pacientes que han sufrido esta enfermedad.

El avance tecnológico ha sido tan frutífero que poco a poco se ha ido reduciendo la tasa de mortalidad que se venía cobrando el cáncer de mama hasta avanzar tanto que no sólo se detecta cada vez más temprano sino que, además, se ha reducido el número de muertes por esta causa hasta acercarse al cien por cien, como se decía en el punto anterior, por tanto, no se debe afirmar que esta patología es una equivalencia o que está en gran porcentaje a la muerte. e: Personas con esta enfermedad pueden llevar una vida totalmente normalizada, incluyendo la parte laboral.

Esta afirmación, por muy cierta que sea, por desgracia no todo tipo de personas la aceptan totalmente como algo lleno de veracidad.

No creen, este tipo de personas, que se pueda considerar a la persona con cáncer de mama, como alguien completo y totalmente capaz de llevar un estilo de vida que le dé plenitud, e incluso, felicidad.

Dentro de este grupo de personas se debe destacar el de personas que ya han pasado por la enfermedad o continúan con algún tipo de tratamiento para reducir el tumor. Este hecho, el de negar a sí mismas que no van a poder llevar una vida plena pudiendo hacer todo tipo de actividad dentro y fuera de su hogar, obliga a muchas de estas personas a tener que asistir a alguna consulta de Psicología y/o Psiquiatría para poder llegar a tener una visión más amplia y no tan reducida como llegan a tener hasta ese momento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Se desarrolla en este apartado todos aquellos puntos que se mencionaron como objetivos específicos, sin los cuales no se podría lograr el mismo desarrollo del presente trabajo sobre la ecografía.

Todos los objetivos específicos se desarrollan en cuatro subapartados:

1. CÓMO AYUDA LA ECOGRAFÍA:

Conforme se ha logrado mejorar la imagen, a la vez, se ha podido diferenciar masas tumorales del tejido circundante sano. Esto ha catapultado a la ecografía como una herramienta eficacísima para salvar vidas.

Cuando se logró las primeras imágenes en dos dimensiones ya fue muy valiosa para detectar anomalías en cualquier tejido.

Pasado un tiempo y habiéndose desarrollado tanto hasta pasar a la ecografía 3D, 4D, 5D y a la más actual, la 6D HD, las imágenes han resultado ser muy sorprendentes no sólo en la resolución, sino también a la hora de delimitar las masas tumorales a extraer con cirugía, facilitando de esta forma no dañar tejido sano y extraer tan sólo el tejido perjudicial.

2. NOVEDADES TECNOLÓGICAS EN ECOGRAFÍA:

ECO-DOPPLER: Es un estudio por imágenes que usa ondas de sonido para mostrar la circulación de la sangre por los vasos sanguíneos; la ventaja es que esta técnica sí puede mostrar el movimiento de la sangre, a diferencia de las eco no doppler.

Si se muestra el color rojo significa que la sangre se acerca al transductor, y si se ve azul es cuando la sangre se aleja del transductor.

ECO 2D: Se logran captar las ecografías más clásicas, las que están sólo en dos planos del espacio, tipo fotografía. (Anexo. Imagen 1).

ECO 3D: Se obtienen imágenes en tres dimensiones, estáticas de alta resolución.

ECO 4D: Se obtienen imágenes que se captan en movimiento (ej. fetos, corazón).

ECO 5D: Es un tipo de ecografía que capta la imagen en 3 dimensiones y en tiempo real. Permite en el pc

5 Discusión-Conclusión

La aportación revelada en el presente trabajo es por una parte tener el conocimiento que muchos científicos han estado realizando a lo largo de siglos para conocer el funcionamiento y poder frenar y erradicar la temida enfermedad llamada cáncer.

Por otro lado también se ha puesto de manifiesto que la tecnología es la herramienta imprescindible si se pretende frenar y erradicar tanto el cáncer como cualquier otra patología.

Bien es cierto que a lo largo del tiempo han existido ciertos tipos de reparos o frenos para el contacto con personas que han sufrido algún tipo de cáncer.

Esto bien pudiera ser debido al desconocimiento, en general, de las características de la enfermedad, o bien al temor ante lo desconocido o a la duda de si se podría tratar de algo contagioso.

De cualquier forma, el paso del tiempo no sólo ha dado nuevos avances tecnológicos y farmacológicos en la lucha contra dicha enfermedad, sino también que la sociedad se ha ido poniendo al día sobre este tipo de asuntos desagradables y comprobando que los pensamientos hasta ese momento bien pudieron ser a consecuencia de un cúmulo de cosas e ideas preconcebidas que no tenían ningún tipo de fundamento tenerlas.

En el terreno laboral todavía hoy se puede percibir algún freno o rechazo hacia el enfermo de cáncer por la mera creencia de muchos empresarios sobre que contratar a una persona con una patología crónica, como pueda ser el cáncer de mama, les puede resultar muy costoso, tanto por impuestos extra como por posibles sustituciones para ese trabajador en el supuesto caso de llegar a tener una recaída en el futuro inmediato o a largo plazo, costando todo lo que ello conllevaría.

Aunque lo cierto es que los miedos a los gastos extra causados por este tipo de enfermedades, pensando en los costes que pudieran afectarle si, en adelante, esa persona llega a estar de baja laboral, e igual que este supuesto puede atemorizar a los empresarios otras supuestas circunstancias necesarias para el trabajador enfermo que también le pueden acarrear problemas económicos por hacer un contrato a este tipo de personas.

El futuro de esta enfermedad es muy esperanzador por tener desde ahora en adelante varias vertientes de investigación.

Por un lado tenemos la gran esperanza para todas las enfermedades existentes que es el tratamiento con células madre que, probablemente, sea la panacea para la mayoría de patologías que hoy se tienen por incurables.

Y por otra parte se debe destacar la evolución tecnológica en cuanto a aplicaciones, instrumental técnico y equipos electromecánicos para lograr la pronta detección y reducción al máximo de las células cancerígenas.

6 Bibliografía

- Mellado Rodríguez, M., Labrador, A. M. (2018). Cribado del cáncer de mama. Editorial Eunsa, 305-314
- Germá Lluch, J. R., (2021). El cáncer se cura. Editorial Planeta, 74-78.
- González Flores, V. M. (2015). El cáncer hoy. Alianza Editorial, 64-65.
- Gómez-Calvo, A., & Verdú, L. (2022). El cáncer de mama: diagnóstico. Cátedra, 149-152.
- Blanco Alonso, M. (2022). Convivir con el cáncer. Cooperación Editorial, 37-39.
- Sánchez Ortuño, J. L. (2021). Historia de la Radiología. Editorial Octaedro, 87-88.
- López Peña, F. (2014). Ecografía: ayer, hoy y mañana. Editorial Seix-Barral, 65-68.
- Martínez Juárez, J. (2019). Aplicaciones de la ecografía. Editorial Panamericana, 56-58
- Guerrero Baños, D. (2019). El futuro de las nuevas tecnologías. Editorial Pirámide, 47-49.
- López Peña, F. (2014). Ecografía: ayer, hoy y mañana. Editorial Seix-Barral, 65-68.
- Martín Ruiz, F. (2020). Ecografía de mama. Ediciones de la Salud, pp. 22-25
- Carreira, C., & Martínez-Cantarero, J. (2016). Revisión de la evidencia científica sobre la aplicación clínica de la mamografía digital. Cátedra, 145-156
- Chiozza, L. (2017). Cáncer, ¿por qué a mí, por qué ahora?. Editorial Catarata, 107-109.

Capítulo 352

TÉCNICAS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS PARA LOS HIGIENISTAS BUCODENTALES

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

LAURA PLAZA BASCUÑANA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

1 Introducción

A nivel general, la gestión de residuos sanitarios se refiere a la recogida, tratamiento, destrucción y transporte de dichos residuos para minimizar los efectos nocivos y el impacto que genera en el entorno.

A nivel específico, en la clínica dental, los higienistas (al igual que resto de profesionales) se encuentran expuestos al riesgo biológico, de ahí la importancia de una buena y correcta gestión de los residuos sanitarios para minimizar el riesgo de infección.

Como higienistas es necesario conocer qué tipos de residuos se manejan, los residuos generados en la clínica dental podemos clasificarlos en dos grupos según el trato especial que se le da por su riesgo o no:

- Residuos sin riesgo que serán tratados como otros residuos, dentro podemos señalar el Grupo I (materiales de cartón o papel, plástico, vidrio...) y el Grupo II (material de curas, algodones, gasas, batas, guantes...).

- Residuos con riesgo o específicos que requerirán un tratamiento específico, dentro de estos podemos señalar el Grupo III (los que se esterilizarán con autoclave para ser triturados a posteriori) y el Grupo IV (material que se incinera en las instalaciones especiales).

En las clínicas sanitarias (en este caso específicamente en la clínica dental) suele disponerse de unos contenedores adecuados para eliminación de residuos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el protocolo por parte de los higienistas para gestionar y eliminar los residuos.
- Mostrar los tipos de residuos con los que se pueden encontrar los Higienistas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo 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: residuos, higienista bucodental, grupos de residuos.

4 Resultados

Como se adelantaba en la introducción, en el día a día del higienista bucodental se van generando materiales orgánicos que pueden ser infectados y para ello existen unos contenedores adecuados; de esa manera se mantienen separados los residuos de riesgo de los residuos sin riesgo.

Estos contenedores son gestionados y retirados por una empresa autorizada para ello, esta eliminación de residuos será registrado por dicha empresa para llevar un control de la gestión de los residuos.

Una vez retirados los residuos (por la empresa autorizada) los eliminará mediante un tratamiento de termodestrucción, así se destruirán aquellos agentes virales, bacterianos o patógenos.

En el caso de los residuos sin riesgo, serán tratados como el resto de residuos fuera del centro dental.

Los higienistas deben conocer la normativa general y autonómica para poder llevar a cabo la recogida y gestión de los residuos sanitarios de una manera específica que queda detallada en dicha normativa.

Partiendo de este conocimiento, todas las operaciones que tengan que ver con la eliminación de residuos especiales por parte del higienista se tendrán que registrar de una manera exhaustiva para poder archivarla y comunicarla. Además, los contenedores deberán estar debidamente identificados para saber que desechar en cada uno de ellos, pueden incluso encontrarse en la misma habitación o habilitar una habitación adicional donde se encuentren dichos contenedores.

Los residuos serán responsabilidad del centro dental (los profesionales que componen la clínica dental, entre los que se encuentra el higienista) hasta que la empresa acuda a retirarlos.

La evacuación de los residuos de la clínica dental se recomienda que se lleve a cabo con una frecuencia de 24 horas, excepto en los envases para objetos punzantes y cortantes, que pueden estar más tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica cabe concluir o recordar que en la gestión correcta de residuos especial (tanto los que conllevan un riesgo biológico como los que no lo conlleva) es necesario, por parte de los higienistas, conocer las normas nacionales y autonómicas sobre retirada y eliminación de residuos sanitarios.

Dentro de estos conocimientos, los higienistas deben también interiorizar los procedimientos que realizar para una correcta retirada de residuos.

Para trabajar de manera organizada y eficiente y así garantizar a los pacientes y trabajadores un entorno seguro y una atención sanitaria profesional, deben respetar y llevar a cabo los protocolos operativos sobre almacenaje, retirada y eliminación de residuos.

6 Bibliografía

1. El manual de odontología. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1994.
2. Pi-Sunyer T, Zara C, Moner LL, Serena JM. Eliminación de los residuos clínicos: entre la seguridad y la eficiencia. Med Clin 1994.
3. <http://www.dentaldeal.es>.

Capítulo 353

CASO CLÍNICO DE PACIENTE POSITIVO EN MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

SIRA CIENFUEGOS DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa, conocida como la enfermedad del beso, es un trastorno clínico caracterizado por faringitis, linfadenopatía cervical, fatiga y fiebre, más comúnmente causado por una infección primaria por el virus de Epstein-Barr (EBV) y también se puede contagiar por diferentes virus como citomegalovirus (CMV) y de manera más singular al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y *Toxoplasma gondii*.

El EBV es un criptovirus linfocítico, infecta al menos al 90% de la población mundial, la mayoría de los cuales no tienen una enfermedad identificable.

El CMV es un virus que se encuentra en todo el mundo. Se suele relacionar con los virus que causan la varicela y la mononucleosis infecciosa.

El *Toxoplasma gondii* es un parásito de los gatos. El parásito se reproduce en el gato y los ooquistes que expulsa al medio infestan a otros animales, en cuyo interior forman quistes tisulares. Los humanos se contagian por ingestión de productos contaminados con heces de gato o por consumo de carne que contiene quistes tisulares (Hernández, 2016).

El virus se transmite comúnmente por el contacto oral entre adolescentes, pero no está claro como se infectan con el virus. También es contagiable cuando se está cerca de alguien que tiene tos o estornuda, o al compartir un vaso u otro utensilio con una persona que esté infectada. Durante el período de incubación

que oscila entre tres y siete semanas, período que puede prolongarse hasta los cincuenta días. El virus se replica primero en la orofaringe, seguido de viremia en las dos primeras semanas de su aparición.

La enfermedad aguda se caracteriza por una alta carga viral tanto en la cavidad oral como en la sangre, la producción de anticuerpos de inmunoglobulina M contra los antígenos de la cápside del virus EBV y la expansión anormal de los linfocitos T. En algún momento durante el período de incubación, el virus ingresa a la sangre periférica desde la boca. No está claro cómo y cuándo ocurre esta transacción, aunque se pueden detectar copias del genoma del EBV en sangre periférica 2 semanas antes de que aparezcan los síntomas.

2 Objetivos

- Conocer la epidemiología de la mononucleosis.
- Identificar sus manifestaciones clínicas.
- Reconocer el papel del técnico de laboratorio en la detección.

3 Caso clínico

Este caso es de un varón con 26 años que acudió por Urgencias por ictericia y astenia. Hace aproximadamente 10 días presento un cuadro pseudogripal tenía molestias faríngeas, tos, astenia y fiebre mayor a 38 °C. Se ingresó por sospecha de mononucleosis infecciosa y por hepatitis icterica secundaria. Y estas son las diferentes pruebas que se le realizaron.

Papel del técnico en el laboratorio de hematología.

Una vez obtenida la muestra sanguínea, se prepara un frotis de sangre mediante la técnica de Wright, que consiste en una solución de un colorante ácido. Los componentes de la gama de colores típica de la tinción de Wright son el azul de metileno y la eosina. El efecto observado dependerá de la unión y a las interacciones del azul de metileno y la eosina. Las estructuras ácidas, como los ácidos nucleicos, las proteínas nucleares y el citoplasma inmaduro reactivo de algunos tipos de células, fijan el azul B (tinte básico); se coloca una gota de sangre anticoagulada en uno de los extremos de un portaobjetos limpio de 75 x 25 mm con bordes biselados y con la ayuda de otro portaobjetos se extiende la sangre por toda la superficie, se deja secar el extendido sanguíneo al aire, una vez seco se coloca el portaobjetos (previamente etiquetado con el número de muestra específico de cada paciente) en la teñidora, se deja teñir por el tiempo estipulado por el fabricante de la teñidora. Pasado este tiempo se lava el frotis con una gasa y

un poco de agua hasta eliminar el exceso de colorante, se dejó secar al aire para su posterior análisis en el Cellavision, si éste estuviera estropeado se observaría el frotis por el microscopio. El frotis sanguíneo fue teñido y almacenado para su observación y análisis.

El ensayo se basa en el recuento diferencial de leucocitos, que se realiza mediante un examen en el Cellavision y si no en el microscopio con el objetivo de inmersión (100x), se estableció una zona del frotis en la que los eritrocitos presentaran una distribución uniforme. Se recorrieron 10 campos en esta zona del frotis para determinar el número de leucocitos por campo microscópico; en la fórmula diferencial se incluye el recuento y clasificación de 100 leucocitos consecutivos y se expresa como porcentajes.

Papel del técnico en el laboratorio de bioquímica.

Se estudió el suero de la sangre del paciente y salió que tenía el ALT alterado, el resultado que salió es 411 U/L y los valores normales en hombres son 10-50 microlitros.

Papel del técnico en el laboratorio de serología

Llega la muestra de sangre, se centrifuga durante 10 minutos a 3.500 rpm, se mete al Cobas donde allí se distribuyen las muestras a las distintas secciones, cuando esté alicuotado por el Cobas se recoge la muestra y se lleva a la sección de serología, donde se encontrará la máquina llamada Alinity que ponemos observar en la siguiente imagen. Lo primero que se debe de hacer antes de meter las muestras de suero es meter los controles y realizar el mantenimiento del Alinity. Los controles deben de salir siempre en las franjas verdes para que se pueda realizar el estudio de las pruebas. Los resultados de las pruebas se envían al ordenador para que lo observen los doctores y lo comuniquen al paciente.

Detección de anticuerpos específicos contra el VEB

☒ VCA- IgM: fase aguda, se mantienen 12 semanas.

☒ VCA- IgG: fase aguda, permanece de por vida.

☒ IgG Anti-EA: (early antigens) durante el período de enfermedad.

☒ IgG Anti-EBNA: (nuclear antigens) aparecen tras 4 meses, permanecen de por vida.

4 Discusión-Conclusión

Después de leer diferentes artículos analizando la incidencia de hombres y mujeres, podemos afirmar que la incidencia del VEB no tiene nada que ver con el sexo, porque hemos podido observar los diferentes resultados. Sin embargo, las mujeres se infectan con VEB antes que los hombres porque las mujeres tienden

a relacionarse con hombres más mayores que ellas. Por ello, la incidencia será mayor en mujeres de edades más tempranas que en hombres. La incidencia es mayor en mujeres, ya que el grupo primario que se analiza consta de pacientes de edades tempranas.

Este virus tiene un periodo de incubación de 4 a 8 semanas, se observa un gran número de contagios durante el verano y el comienzo del curso escolar debido a que son las épocas del año donde los adolescentes más se relacionan al conocer nuevas personas.

5 Bibliografía

<https://www.labtestsonline.es/tests/virus-epstein-barr-anticuerpos>

[https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/](https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia8.pdf)

[procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia8.pdf](https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia8.pdf)

Mohseni, M., Boniface, M. P., & Graham, C. (2023). In StatPearls. StatPearls Publishing.

Mononucleosis. Mononucleosis: qué es, síntomas y tratamiento. (s. f.). Tua Saúde

<https://www.tuasaude.com/es/mononucleosis/>

Capítulo 354

PROTOCOLO GAMMAGRÁFICO EN NEUROLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO

MARÍA SABINO AMADO

ANA GARCÍA MARÍN

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

1 Introducción

Este capítulo se basa en el estudio gammagráfico del cerebro, el cual, es el órgano más importante del cuerpo humano. Se encarga de dirigir las principales funciones del organismo, así como del almacenaje y procesamiento de memorias, pensamientos y movimientos, entre muchos otros.

El SPECT neurológico ha ganado mucha importancia estos últimos años en las instituciones médicas. En general, no es considerado una técnica ideal para el diagnóstico de enfermedades neuronales, pero es de las técnicas más útiles para descartarlas. Hay que recordar que el SPECT es un tipo de prueba con resultados funcionales, algo que permite muchos beneficios, pero, con la unión de técnicas anatómicas como la tomografía cimputarizada, pueden darse imágenes de una calidad extraordinaria.

Además, se podrá ver el equipo necesario para poder realizar la prueba, que va a constar de una gammacámara formada por varios componentes, entre ellos: el detector de centelleo, el colimador, el cristal de centelleo, el fotocátodo, el tubo fotomultiplicador (TFM), guía de luz o acoplador óptico, un blindaje y un preamplificador. También habrá un circuito de posicionamiento y un sistema electrónico; y se mencionarán la preparación que debe conllevar dicha prueba por parte del personal sanitario, así, como la función específica que tendrá el técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

2 Objetivos

- Conocer el equipo y funcionamiento de la gammagrafía.
- Descubrir el funcionamiento de la gammagrafía neurológica.
- Exponer el papel del técnico en radiodiagnóstico en las gammagrafías neurológicas.
- Valorar las técnicas radiológicas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y en bases de datos como: SciELO, Sacyl, Centro Pet casa de la salud, Biomedicinespace, Libros de Catedra, y Salud.net. Además, se aplica los conocimientos adquiridos durante la experiencia profesional como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico, de los autores.

4 Resultados

El cerebro está compuesto por dos hemisferios, el hemisferio derecho y el hemisferio izquierdo. Estos dos hemisferios se conectan por el cuerpo calloso. Cada hemisferio cuenta con tres caras, la cara lateral que forma una convexidad, una medial y una basal.

Existen numerosas enfermedades en las que se indica el SPECT neurológicos, pero comúnmente se utilizan para demencias, epilepsias y adicción a las drogas. Esta técnica, permite detectar este tipo de enfermedades precozmente a diferencias de otras como la R.M o el TAC. (1)

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

El cerebro tiene un metabolismo en el cual consume una alta tasa de oxígeno constantemente, que varía o se altera solo cuando la persona sufre de dolor o ansiedad, provocando un mayor aumento.

Cuando se introduce el radiofármaco HM-PAO se produce una relación entre el fármaco y el metabolismo. Cuanta más actividad haya, menor radiotrazador se fijará en el cerebro, y cuanta menos actividad haya, mayor radiotrazador se fijará en el cerebro. Por ello, se debe evitar estas alteraciones cerebrales como el estrés.

1. Se recibe al paciente y se le informa de cada uno de los pasos y los resultados que se quieren obtener de dicha prueba, así como sus riesgos (consentimiento informado).

2. Se encama al paciente y se le intenta dar un máximo de condiciones de reposo que consigan que el paciente esté en un estado de relajación. Sin ruidos, aislados, luz tenue...

3. Se le pone al paciente una palomilla con suero para su después administración del radiotrazador, consiguiendo que el estrés sea menor, ya que sufre menos así el pinchado y el dolor.

4. El paciente espera en estas condiciones 10 minutos, mientras se prepara el radiofármaco y su correspondiente control.

5. Se le administra entonces el radiofármaco por la palomilla ya conectada al paciente durante otros 10 minutos.

Lo que se consigue con esta palomilla y condiciones de relajación es evitar los artefactos en el SPECT cerebral y las bajas cuentas. Normalmente, es común que se produzca extravasación o una rápida degradación del radiofármaco, lo que produce una reconstrucción de imágenes con mucho ruido y un resultado muy difícil o imposible de interpretar. Por eso, es muy importante seguir dicha preparación del paciente. (2)

DESCRIPCIÓN DE LA MÁQUINA RADIOLÓGICA:

El equipo que se va a emplear en una prueba de neurología es un equipo de medicina nuclear que va a constar de una gammacámara que estará formada por varios componentes entre ellos están: el detector de centelleo, el colimador, el cristal de centelleo, el fotocátodo, el tubo fotomultiplicador (TFM), guía de luz o acoplador óptico, un blindaje y un preamplificador. Después también habrá un

circuito de posicionamiento y un sistema electrónico. (3)

- Gammacámara.

La gammacámara es una máquina computarizada que obtiene imágenes, tiene uno o dos cabezales de radiación, una es una unidad electrónica que analiza los pulsos eléctricos y los coloca en coordenadas X-Y; y una unidad informática que presenta la información y la imagen.

En este estudio la gammacámara tendrá dos cabezales, lo que quiere decir que se utilizará la técnica SPECT, con esta técnica los cabezales giran en torno al paciente y así se obtienen varias imágenes bidimensionales que permiten que un equipo informático las reconstruya para conseguir una imagen tridimensional. Esta técnica proporciona cortes axiales, sagitales y coronales. (4)

- Detector de centelleo:

Es un componente sensible que se encarga de cambiar la energía que viene de las desintegraciones gamma de los radiotrazadores en pulsos eléctricos. Utilizan un cristal de yoduro de sodio activado por talio para detectar esa energía. El detector esta blindado con plomo para evitar la entrada de radiación externa. El detector de centelleo tiene varios componentes.

- Colimador:

Es una estructura que cubre todo el diámetro del detector y puede estar fabricada por un material de alto número masico como es el plomo o el tungsteno. Se encarga de centrar la radiación restringiendo el ángulo con el que se recibe la radiación desde el paciente. Tiene un conjunto de orificios colocados de forma geométrica en la orientación en la que se quiere recibir la radiación. Entre estos orificios existen unas paredes de plomo que se llaman septos.

El colimador es bastante importante para reducir el efecto Compton en la imagen final, además de eliminar la radiación que no viene de la orientación adecuada, como por ejemplo la radiación dispersa.

Existen varios tipos de colimadores y se clasifican por varios factores, según la distribución de los orificios serán convergentes, divergentes o de orificios paralelos. También se clasifican dependiendo de la sensibilidad y la resolución dividiéndose en colimadores de alta sensibilidad y baja resolución, baja sensibilidad y alta resolución, sensibilidad y resolución media. Por último, se clasificarán según su alta, media o baja energía. Para el estudio de neurología se empleará un colimador LEHR, que es un colimador de baja energía, pero tiene una alta resolución. (3)

- Cristal de Centelleo:

El cristal de centelleo que se usa normalmente en las gammacámaras está fabricado con yoduro sódico con talio. Se encarga de absorber la energía que proviene de las desintegraciones gamma y la convierte en destellos de luz visible. Cada uno de estos destellos normalmente está formado por alrededor de 30 fotones por cada KeV absorbido por el cristal. El grosor del cristal puede variar entre 0,6 y 1,3 cm.

- Fotocátodo:

El fotocátodo se encuentra tras el cristal de centelleo y se encarga de modificar los fotones que proceden de los destellos de luz producidos en el cristal en electrones que se dirigirán hacia el tubo fotomultiplicador, a través del efecto fotoeléctrico. Normalmente está formado por una pequeña capa de una aleación de antimonio, cesio y potasio.

- Tubo Fotomultiplicador (TFM):

El tubo fotomultiplicador es un elemento electrónico que se encarga de aumentar la señal que viene del fotocátodo modificándola en una señal que se pueda medir. El proceso consiste en que el electrón que viene del fotocátodo llega al TFM y es acelerado hasta el primer dinodo, manera que produce una avalancha de electrones que a su vez es acelerada hasta el siguiente dinodo. Este proceso se repite unas 10 veces para que se pueda obtener una señal eléctrica con la suficiente amplitud para poder ser medida.

El TFM se encuentra junto a la cara interna del cristal y tiene un diámetro aproximado de 5-7 cm y suele haber entre 40 y 100 tubos en cada cabezal. (5)(6)

- Guía de Luz o Acoplador Óptico:

Se utiliza como unión entre el cristal de centelleo y los tubos fotomultiplicadores, sirve como guía de los destellos que se generan en el cristal para que el cambio en la refracción no sea demasiado violento y no se pierdan fotones a la entrada del TFM. Suele estar hecho de silicona. (7)

- Blindaje:

El blindaje envuelve el cristal de centelleo con el objetivo de separarlo de la radiación ambiental y protegerlo contra la humedad. Está fabricado con plomo. Preamplificador La función del preamplificador es amplificar las señales débiles de la salida del detector para que puedan ser analizadas por el resto del equipo.

- Circuito de Posicionamiento:

Es la parte electrónica que se encarga de recibir todas las señales de los TFM y las coloca en una posición de coordenadas X-Y.

- Sistema Electrónico:

El sistema electrónico está formado por unos ordenadores que se usan para adquirir y procesar los datos suministrados por las gammacámaras. Permiten coger los datos en tiempo determinado, para poder analizarlos. (8)

- Mesa de exploración:

La mesa de exploración es donde se coloca al paciente y tiene que ser lo más cómoda posible, tiene que estar suspendida en el aire, estar paralela al detector y tiene que estar fabricada por un material que atenúe muy poco la radiación gamma. También tiene que ser capaz de soportar grandes pesos. (5)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante conocer la anatomía del cerebro para identificar y distinguir porciones normales con las posibles anormalidades que se forman en el mismo. Debido a la delicadeza del cerebro hay que realizar la prueba con mucho cuidado y prestando atención a posibles patologías.

Los estudios de SPECT con HM-PAO son sencillos, ofrecen un diagnóstico fiable para un posible tratamiento o un seguimiento de la enfermedad, incluso para problemas muy graves como los accidentes cerebrovasculares.

El protocolo que se debe seguir para su realización requiere bastante tiempo, pero resulta imprescindible para la obtención de una imagen procesable e identificable para el radiólogo. El equipo es bastante completo y la prueba tiene muchas ventajas para el diagnóstico como poder observar diferentes cortes en 3D de la zona a estudiar.

6 Bibliografía

- [1]. Páez. D y Pabón. L. El SPECT en la evaluación de las demencias. [Internet]. SciELO; abril/junio de 2000; Bogotá. [Citado 23 enero 2021]. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502000000200008
- [2]. Tomografía por emisión de fotón simple: SPECT y SPECT-TC [Internet]. Sacyl. 2018

[citado 28 enero 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas/pruebasdiagnostico-imagen/pruebas/pruebas-medicina-nuclear/tomografia-emision-foton-simplespect-spect-tc>

[3]. La gamma cámara y sus componentes [Internet]. grupo5modulo2. 2012 [citado 28 enero 2021]. Disponible en: <https://modulogrupos5.wordpress.com/2012/02/15/la-gammacamara-y-sus>

[4]. Gammacámara [Internet]. centro pet casa de la salud. 2020 [citado 28 enero 2021].

Disponible en: <https://petsalud.es/neurologia/>

[5]. Sobre la gammacámara [Internet]. BIOMEDICINESPACE. 2016 [citado 28 enero 2021].

Disponible en: <https://biomedicinespace.wordpress.com/2016/04/25/210416-t16-sobre-lagammacamara/>

[6]. Illanes L, Eugenia Etcheverry M. Física de la medicina nuclear [Internet]. Libros de

Cátedra. 2018 [citado 28 enero 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/vasil/Downloads/546-3-1784-1-10-20160511%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vasil/Downloads/546-3-1784-1-10-20160511%20(1).pdf)

[7]. Medicina Nuclear y Gammagrafía [Internet]. Diagnósis Médica. 2021 [citado 28 enero

2021]. Disponible en: <https://www.diagnosismedica.es/especialidades/medicina-nucleargammagrafia-barcelona.html>

[8]. MEDICINA NUCLEAR: USO, PROCEDIMIENTO, VENTAJAS Y RIESGOS [Internet].

Salud.net.ar El portal de salud argentino. 2018 [citado 28 enero 2021]. Disponible en: <https://salud.net.ar/medicina-nuclear-uso-procedimiento-ventajas-riesgos/>

Capítulo 355

EL TÉCNICO DE RAYOS ANTE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

1 Introducción

Para diagnosticar la osteoporosis y poder evaluar el riesgo de fractura de un paciente que determinara si necesita tratamiento, el médico puede indicar una densitometría ósea.

Esta prueba consiste en medir la densidad mineral ósea (DMO). Este procedimiento, generalmente, se realiza mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA o DEXA)) o densitometría ósea. La cantidad de rayos X absorbidos por los tejidos y los huesos se mide con una máquina DXA y se correlaciona y verificará con la densidad mineral ósea.

El radiólogo tiene una serie de funciones no solo en el diagnóstico sino también en el tratamiento de la osteoporosis. Los radiólogos diagnostican fracturas por fragilidad con todas las modalidades de imágenes, que incluyen imágenes de resonancia magnética (IRM) que demuestran fracturas por insuficiencia oculta ra-

diológicamente, pero también radiografías laterales de tórax que muestran fracturas vertebrales asintomáticas.

En particular, las fracturas por fragilidad por resonancia magnética pueden tener una apariencia inespecífica y los radiólogos deben estar familiarizados con las ubicaciones y hallazgos típicos, para diferenciar estas fracturas de las lesiones neoplásicas. Cabe señalar que los radiólogos no solo necesitan diagnosticar fracturas relacionadas con la osteoporosis, sino también diagnosticar las fracturas que son complicaciones de la farmacoterapia relacionada con la osteoporosis.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de las fracturas osteoporóticas y los hallazgos de imagen típicos utilizando diferentes modalidades.
- Exponer las modalidades de imagen cuantitativa estándar y novedosa para medir la densidad mineral ósea y la calidad ósea.

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

Un factor importante que nos motiva a diagnosticar la osteoporosis en las primeras etapas y a evaluar el riesgo de fractura es la disponibilidad de terapias efectivas que puedan prevenir las fracturas osteoporóticas. Sin embargo, es crítico que solo aquellos en riesgo o con fracturas osteoporóticas prevalentes sean tratados, ya que las terapias son caras y los efectos secundarios se han asociado con estas terapias, como fracturas subtrocantéricas atípicas con bifosfonatos. Los pacientes que ya tienen fracturas osteoporóticas son claramente candidatos para la terapia, pero no siempre las fracturas son sintomáticas o el radiólogo las diagnostica correctamente. Además, el médico remitente puede no considerar estas fracturas incidentales como una indicación para el tratamiento. Por lo tanto, los radiólogos tienen un papel importante en el manejo de la gestión, pero no

siempre son conscientes de la importancia de los hallazgos y una capacitación adecuada es esencial.

La interpretación de los biomarcadores de imagen estándar, como la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) y la tomografía computarizada cuantitativa (QCT) es más sencilla, pero el entrenamiento también es fundamental para proporcionar recomendaciones de tratamiento e interpretar el impacto de la terapia. Las mediciones de DXA del fémur proximal deben incluir la evaluación del riesgo de fractura de la Herramienta de evaluación del riesgo de fractura (FRAX) para mejorar la identificación de pacientes con riesgo de fractura con densidad mineral ósea osteopénica (DMO). Las limitaciones de las mediciones de DMO son bien conocidas y han impulsado el desarrollo de nuevos biomarcadores de imagen que se centran en la calidad ósea, como la QCT periférica de alta resolución (HR-pQCT).

Además de la identificación y manejo de los pacientes de guía en riesgo de fracturas, así como el seguimiento de los radiólogos terapia también están directamente involucrados en el tratamiento mediante la realización de vertebroplastias, kyphoplasties, y sacroplasties. Se trata de un enfoque de equipo y requiere tratamiento concomitante y los radiólogos deben ser una parte activa del equipo de tratamiento.

El porcentaje de pacientes mayores aumenta constantemente y el número anual de fracturas por fragilidad relacionadas con la masa ósea deficiente y la calidad aumentará sustancialmente con el envejecimiento continuo de la población.

Aproximadamente el 50 % de las mujeres y el 20 % de los hombres mayores de 50 años tendrán una fractura por fragilidad en el resto de su vida en las poblaciones caucásicas con resultados potencialmente devastadores. De las personas que sufren fracturas de cadera, el 20 % morirá en el próximo año y el 20 % requerirá atención permanente en un hogar de ancianos.

Los pacientes con fracturas vertebrales tienen complicaciones menos graves, pero las fracturas vertebrales son mucho más frecuentes y solo el 30% de las fracturas vertebrales reciben atención clínica. Los que acuden a la atención clínica están asociados con una discapacidad sustancial por dolor y un aumento de la cifosis torácica. Además, la presencia de 1 fractura vertebral conduce a un aumento de 10 veces en el riesgo de fracturas vertebrales posteriores.

El diagnóstico y el tratamiento de las fracturas vertebrales son, por lo tanto, críticos. Mientras que las fracturas de cadera, vertebral y muñeca son las fracturas más frecuentes asociadas con la osteoporosis, el efecto de la osteoporosis en el esqueleto es sistémico y existe un mayor riesgo de casi todos los tipos de fracturas en pacientes con masa y calidad ósea deficientes.

5 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es una enfermedad gravemente debilitante, que en el futuro ganará cada vez más importancia a medida que nuestra población envejezca. Como radiólogos, tenemos un papel fundamental en el diagnóstico y manejo de pacientes con mayor riesgo de fracturas por fragilidad.

Primero, debemos identificar a los pacientes con fracturas de fragilidad prevalentes, ya que tienen un alto riesgo de fracturas severas futuras, específicamente debemos alertar a nuestros médicos sobre estos temas y no interpretar mal estos hallazgos como una enfermedad maligna que provoca intervenciones costosas e inseguras.

Además, debemos diagnosticar y controlar la osteoporosis utilizando técnicas cuantitativas como DXA y estar familiarizados con las complicaciones de los tratamientos médicos. Necesitamos estar a la vanguardia en el desarrollo de nuevas herramientas para evaluar mejor la calidad ósea y el riesgo de fractura.

6 Bibliografía

1. DM Black, MP Kelly, HK Genant, et al. Bisfosfonatos y fracturas del fémur subtrocanterico o diafisario N Engl J Med, 362 (2010), págs. 1761-1771.
2. BA Lenart, DG Lorch, JM Lane. Fracturas atípicas de la diáfisis femoral en mujeres posmenopáusicas que toman alendronato. N Engl J Med, 358 (2008), págs. 1304 - 1306.
3. TM Link, JE Adams. Las funciones y responsabilidades importantes del radiólogo en la osteoporosis Eur J Radiol, 71 (2009), págs. 385 - 387

Capítulo 356

REALIZACIÓN DE UNA PLACA DE TÓRAX POR EL TÉCNICO DE RAYOS

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

1 Introducción

La placa de tórax, también conocida como radiografía de tórax o radiografía de pulmones, es un examen de imagen médica no invasivo que permite obtener una imagen detallada de la región torácica. Esta técnica utiliza radiación ionizante de rayos X para crear una imagen en blanco y negro de las estructuras internas del tórax, como los pulmones, el corazón, las costillas y el diafragma.

La placa de tórax es ampliamente utilizada en la práctica clínica debido a su utilidad para diagnosticar y evaluar diversas condiciones médicas. Se utiliza comúnmente para detectar enfermedades pulmonares, como neumonía, tuberculosis, enfisema y cáncer de pulmón. También puede ayudar a diagnosticar problemas cardíacos, como insuficiencia cardíaca congestiva y agrandamiento del corazón. El procedimiento es rápido y sencillo. El paciente se coloca de pie frente a una placa de rayos X, y un dispositivo emite una dosis controlada de radiación hacia el tórax. La radiación atraviesa los tejidos blandos y es absorbida de manera

diferente por las diferentes estructuras, creando una imagen en una película o en un sistema digital.

El radiólogo o médico especializado analiza la imagen obtenida para interpretar los hallazgos y realizar el diagnóstico. La placa de tórax es una herramienta valiosa para guiar el tratamiento y monitorear la evolución de enfermedades respiratorias y cardíacas, así como para descartar otras afecciones que puedan afectar la región torácica.

Es importante mencionar que la placa de tórax implica una exposición a radiación, pero los beneficios diagnósticos superan ampliamente el riesgo mínimo asociado a la dosis utilizada. El médico solicita esta prueba en función de la historia clínica y los síntomas del paciente, asegurándose de utilizarla de manera adecuada y responsable para mejorar el cuidado y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar las funciones del técnico de rayos durante la realización de una placa de tórax 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 radiólogo, juega un papel fundamental en la realización de una placa de tórax. Sus funciones son esenciales para garantizar la calidad de la imagen y la seguridad del paciente durante el procedimiento. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la realización de una placa de tórax:

Preparación del equipo: El técnico de rayos debe asegurarse de que el equipo de radiografía esté correctamente calibrado y funcionando adecuadamente antes de comenzar el procedimiento. Esto incluye verificar que la máquina de rayos X, el detector de imagen y otros dispositivos estén en condiciones óptimas.

Preparación del paciente: El técnico de rayos debe explicar el procedimiento al paciente y responder a sus preguntas. También es responsable de posicionar al paciente de manera adecuada para obtener las mejores vistas del tórax y de asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguro durante la toma de la radiografía.

Ajuste de la exposición: El técnico de rayos debe ajustar los parámetros de exposición, como la cantidad de radiación y el tiempo de exposición, de acuerdo con las características del paciente y las indicaciones médicas. Esto es crucial para obtener una imagen de alta calidad y minimizar la dosis de radiación recibida por el paciente.

Colocación de la placa de imagen: El técnico de rayos coloca la placa de imagen en la posición adecuada detrás del área a radiografiar, asegurándose de que esté correctamente alineada para captar toda la información necesaria.

Toma de la radiografía: El técnico de rayos debe activar la máquina de rayos X para tomar la imagen del tórax. Durante este proceso, debe asegurarse de mantenerse fuera del área expuesta para evitar recibir dosis de radiación innecesarias.

Evaluación de la calidad de la imagen: Después de la toma de la radiografía, el técnico de rayos debe evaluar la calidad de la imagen para asegurarse de que se haya obtenido una vista clara y nítida. En caso de ser necesario, puede repetir la radiografía para obtener una imagen más adecuada.

Protección radiológica: Durante todo el proceso, el técnico de rayos debe seguir estrictamente los protocolos de protección radiológica para asegurar que el paciente y el personal involucrado estén expuestos a la menor cantidad de radiación posible. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Documentación y registro: El técnico de rayos debe documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles como los parámetros de exposición utilizados y cualquier observación relevante, para su posterior revisión por parte del radiólogo o médico especialista.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos desempeña un papel esencial en la realización de una placa de tórax al garantizar la calidad de la imagen y la seguridad del paciente, sobre todo en la parte de urgencias, donde en la época del COVID, que para los pacientes era una prueba fija que se tenía que realizar. Su competencia técnica, atención al detalle y enfoque en la protección radiológica son fundamentales para obtener imágenes diagnósticas precisas y contribuir al cuidado y bienestar del paciente.

Para obtener una buena placa de tórax, es esencial un posicionamiento preciso del paciente y alinear la placa de imagen correctamente.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario. (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 357

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA RADIOGRAFÍA OCLUSAL

NEREA SALCEDO DOMÍNGUEZ

MARÍA ISABEL GERICÓ SÁNCHEZ

GUILLERMO BIELSA ALCAIDE

AZALEA ESTEBAN LÓPEZ

FRANCISCO CALDERON BARQUERO

1 Introducción

La radiografía oclusal es una técnica de imagenología dental que proporciona una vista detallada de las estructuras dentales en la mandíbula superior o inferior. Se utiliza para evaluar la posición de los dientes, la relación entre las arcadas dentales, la presencia de dientes supernumerarios o impactados, y la salud de las estructuras óseas y tejidos blandos.

Durante el procedimiento, el paciente coloca la mandíbula en posición de mordida y se coloca una pequeña placa de imagen (chasis) entre los dientes superiores e inferiores. El técnico de rayos X coloca el equipo de rayos X en posición adecuada para obtener la imagen.

La radiografía oclusal proporciona información complementaria a las radiografías dentales convencionales. Es especialmente útil cuando se requiere una

visión detallada de las estructuras dentales y maxilares en una sola toma. Se utiliza para el diagnóstico de afecciones como quistes, tumores, fracturas, y la evaluación de la erupción dental en pacientes jóvenes.

Es importante destacar que la radiografía oclusal implica una exposición a radiación ionizante, por lo que se debe utilizar con prudencia y solo cuando sea necesario para el diagnóstico y tratamiento adecuado. El técnico de rayos X debe seguir estrictamente los protocolos de protección radiológica para garantizar la seguridad del paciente y del personal.

2 Objetivos

Dar a conocer y explicar las funciones del técnico de rayos durante la realización de una radiografía oclusal en 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

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología o radiólogo dental, juega un papel esencial en la realización de una radiografía oclusal. Sus funciones son fundamentales para garantizar la calidad de la imagen y la seguridad del paciente durante el procedimiento. A continuación, se describen las principales funciones del técnico de rayos en la radiografía oclusal:

Preparación del equipo: El técnico de rayos debe asegurarse de que el equipo de radiografía esté correctamente calibrado y funcionando adecuadamente antes de comenzar el procedimiento. Esto incluye verificar que el aparato de rayos X y los chasis estén en óptimas condiciones.

Preparación del paciente: El técnico de rayos debe explicar el procedimiento al paciente y responder a sus preguntas. También es responsable de posicionar al paciente en una posición adecuada para obtener las vistas deseadas de las estructuras dentales y maxilares.

Colocación del chasis de imagen: El técnico de rayos coloca el chasis de imagen (placa de rayos X) entre los dientes superiores e inferiores del paciente en posición de mordida oclusal.

Técnica de exposición: Utiliza los parámetros de exposición adecuados, ajustando la cantidad de radiación y el tiempo de exposición según las características del paciente y las indicaciones médicas. Es fundamental obtener una imagen de alta calidad sin una sobreexposición innecesaria.

Colaboración con el paciente: Durante la toma de la radiografía oclusal, el técnico de rayos debe asegurarse de que el paciente se mantenga tranquilo y estable para evitar movimientos que puedan afectar la calidad de la imagen.

Protección radiológica: Es crucial utilizar delantales de plomo y otros dispositivos de protección para el paciente y el personal, minimizando la exposición a la radiación durante el procedimiento.

Evaluación de la calidad de la imagen: Después de la toma de la radiografía, el técnico de rayos debe evaluar la calidad de la imagen para asegurarse de que se haya obtenido una vista clara y nítida. En caso de ser necesario, puede repetir la radiografía para obtener una imagen más adecuada.

Documentación y registro: Es esencial documentar adecuadamente el procedimiento, incluyendo detalles como los parámetros de exposición utilizados, la posición del paciente y cualquier observación relevante, para su posterior revisión por parte del dentista o especialista en radiología dental.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos desempeña un papel crucial en la realización de una radiografía oclusal al garantizar la calidad de la imagen y la seguridad del paciente en los centros hospitalarios y, gracias a ello, pueden sacar un diagnóstico más profundo en las dolencias que pueda tener el paciente en su proceso oclusal. Su competencia técnica, atención al detalle y enfoque en la protección radiológica son fundamentales para obtener imágenes diagnósticas precisas y contribuir al cuidado y bienestar del paciente en el ámbito de la odontología, y el proceso es rápido y indoloro para los pacientes, aspectos que agradecen.

6 Bibliografía

1. Lancharro, P. M. (2011). Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).

Capítulo 358

TÉCNICAS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CÉLULAS DE LA SANGRE: MÉTODOS MORFOLÓGICOS, HISTOQUÍMICOS E INMUNOLÓGICOS. CARACTERÍSTICAS QUE PERMITEN LA DIFERENCIACIÓN

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

La sangre está formada por 55% de plasma, líquido de color amarillento, y 45% de diferentes elementos formes que se encuentran en suspensión, siendo estos los glóbulos rojos o eritrocitos (célula más abundante), glóbulos blancos o leucocitos (granulocitos, monocitos y linfocitos) y plaquetas.

Los distintos tipos celulares del sistema hematopoyético se pueden identificar

empleando diversas técnicas en el laboratorio de hematología que proporcionen información sobre las características calificativas celulares que permiten distinguir células normales de células anormales indicativas de un proceso patológico.

En este capítulo se desarrollan las técnicas de tinción de frotis sanguíneo para observar la morfología celular, analizando el tamaño, contorno, coloración y gránulos e inclusiones citoplasmáticas. También se describen técnicas citoquímicas que analizan la composición química celular, indicando presencia de carbohidratos, enzimas presentes, lípidos, hemosiderina, hemoglobina desnaturalizada, entre otros, lo que permite la diferenciación entre los distintos linajes celulares. Y, por último, técnicas inmunológicas capaces de identificar la presencia o ausencia de componentes celulares, al poner de manifiesto antígenos leucocitarios o analizando el tamaño y la granulación de cada célula.

La aplicación de estas técnicas permite la diferenciación de los distintos tipos celulares y poblaciones de células hematopoyéticas, así como alteraciones de las mismas, para lograr un diagnóstico de enfermedades hematológicas y/o a llevar un seguimiento sobre un tratamiento terapéutico.

2 Objetivos

- Recoger las distintas técnicas de identificación celular en el laboratorio de hematología, englobando técnicas de tinción, citoquímicas e inmunológicas.
- Exponer cómo identificar células hematopoyéticas según sus características morfológicas, de composición química y fenotípicas.

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

Tinciones hematológicas

Son un conjunto de procesos realizados sobre la muestra sanguínea en una extensión, para poder colorear y hacer fácilmente visibles al microscopio óptico estructuras que componen las células sanguíneas, al aumentar el contraste entre estas estructuras y el medio.

Las tinciones se pueden clasificar según su vitalidad celular o según la frecuencia de uso cotidiano en el laboratorio en el diagnóstico hematológico.

Tinciones vitales, supravitales y no vitales

En función de su vitalidad se distinguen:

- Tinciones vitales: se realizan sobre las células vivas, introduciendo un colorante en el torrente sanguíneo de un organismo vivo.
- Tinciones supravitales: al igual que las tinciones vitales, se llevan a cabo sobre células vivas, sin embargo, empleando el colorante sobre células o tejidos vivos aislados del organismo.
- Tinciones no vitales: se llevan a cabo sobre células muertas.

Los colorantes más usados son:

- Verde Jano: tinción de mitocondrias y orgánulos celulares.
- Azul de metileno: tiñe el ácido nucleico al ser un colorante básico.
- Rojo neutro: tiñe los gránulos citoplasmáticos.

Habituales y especiales

Atendiendo a la frecuencia de uso cotidiano en el laboratorio se diferencian las tinciones habituales de las tinciones especiales.

Las tinciones habituales se logran por el uso de colorantes derivados de la anilina, y se dividen en:

- Colorantes básicos: con afinidad por sustancias ácidas, como el ácido nucleico y gránulos de neutrófilos. Aunque el principal es el azul de metileno, forman parte de este grupo también la hematoxilina, el azul de toluidina y el azul cresil brillante.
- Colorantes ácidos: con afinidad por las sustancias básicas, como la hemoglobina. El principal es la eosina.
- Colorantes neutros: sales de un ácido y de una base coloreados, los cuales tiñen el núcleo de un color y el citoplasma de otro. Uno de ellos es el eosinato azul de metileno.
- Colorantes indiferentes: no tienen afinidad por estructuras ácidas o básicas. Son insolubles en el agua y tiñen sustancias lipófilas. Por ejemplo, el Negro Sudan III que tiñe las grasas.

También hay combinaciones de colorantes que dan lugar a tinciones policromáticas. El primero que tuvo la idea de realizar estas combinaciones fue Romanowsky,

que combinó un colorante ácido (eosina) y un colorante básico (tiacinas: azul de metileno y sus derivados obtenidos por desmetilación oxidativa, colorantes tipo azur: A, B y C). Las tinciones policrómicas pueden ser panópticas, cuando se utilizan sustancias colorantes neutras sucesivamente, o pancrómicas, cuando se aplican todas las sustancias colorantes neutras juntas.

Las tinciones hematológicas empleadas derivan de la mencionada tinción de Romanowsky, que fueron después mejoradas por Leishman y Jenner (Inglaterra) o May Grünwald y Reuter (Alemania). Estos colorantes tiñen de manera diferente la mayoría de las células normales o patológicas. Las tinciones más empleadas son:

- Tinción Wrigth: los colorantes que utiliza son eosinato de azul de metileno en solución alcohólica.
- Giemsa: solución de metanol y glicerol puro con azul de metileno, azur B, y eosina.
- May-Grünwald: eosinato de azul de metileno en alcohol metílico.
- May Grünwald-Giemsa: juntando las dos anteriores. También es conocida como panóptica.
- Tinción de Romanowsky normalizada por el ICSH (International Council for Standardization in Haematology): recomienda el empleo de un método de referencia para la tinción de un frotis basado en el empleo de soluciones puras de azur B y eosina Y.

Las tinciones especiales solo se usan en circunstancias específicas, con el objetivo de diferenciar células normales y anormales. Estas tinciones pueden realizarse con fluorocromos y tinciones citoquímicas, que se desarrollarán a lo largo del capítulo.

En las tinciones con colorantes o marcadores fluorescentes, se utilizan sustancias capaces de emitir fluorescencia. Estas sustancias reciben el nombre de fluorocromos o fluoróforos, y se excitan cuando la luz UV incide sobre ellas, liberando 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.

Tinción frotis sanguíneo

El frotis sanguíneo o extensión sanguínea es de gran importancia ya que permite el diagnóstico de enfermedades hematológicas por la simple observación de la morfología de las células sanguíneas.

Por ello es fundamental conseguir un frotis válido, es decir, con un grosor y distribución adecuado. El frotis sanguíneo se divide en tres partes: cabeza, cuerpo y cola. La cabeza es la zona más próxima al punto de partida, y la más gruesa, pudiendo aparecer hematíes aglomerados o mayor acumulación de linfocitos. El

cuerpo es la zona intermedia, la distribución de células es la adecuada para el recuento. Y por último la cola, es la zona más alejada del inicio, suele ser irregular con zonas deshilachadas denominadas barbas, en estas se acumulan diferentes células como granulocitos o monocitos.

Preferiblemente se debe realizar con sangre sin anticoagulante, ya que produce el hinchamiento de los leucocitos alterando la morfología. Si no es posible de debe emplear EDTA-K3. Todo el material necesario debe estar escrupulosamente limpio. El frotis debe realizarse dentro de las dos primeras horas tras la extracción sanguínea. Si la punción es digital no debe emplearse la primera gota.

La extensión sanguínea una vez seca, debe fijarse (con etanol o metanol) que evita el deterioro de las células y mantiene las características físico-químicas iniciales, quedando la extensión adherida al porta para que resista los pasos siguientes del proceso de tinción.

Actualmente existen teñidores automáticos, como el Hematek de laboratorios Bayer.

Los errores más comunes que se encuentran en el laboratorio en el proceso de tinción del frotis sanguíneo se deben a: un pH inadecuado, tiempos prolongados o escasos, lavados insuficientes o excesivos, tiempo de secado insuficiente, grosor inadecuado y colorantes o material sucio.

Técnicas citoquímicas de identificación leucocitaria

Las técnicas citoquímicas (tinciones especiales) se realizan en el laboratorio para estudiar la composición química de la célula y poder diferenciar las células normales de las anómalas. También nos permiten establecer con mayor exactitud el grado de maduración y funcionalidad celular. Estas características permiten diagnosticar las diferentes leucemias y evaluar el tratamiento anti-leucémico.

En las tinciones citoquímicas se deben tener en cuenta tres procesos fundamentales:

- Fijación de la extensión: con sustancias como etanol, metanol o acetona, que coagulan las proteínas; o glutaraldehído o formaldehído, que forman puentes inter- o intra-protéicos. Su fin es evitar el deterioro celular e impedir la difusión de sustancias al medio extracelular. Después, es importante eliminar muy bien todos los restos de fijador para evitar interacciones.
- Incubación: entran en contacto las células con el medio de reacción generando productos, que bien por si solos o combinados, dan lugar a un precipitado apreciable al microscopio óptico.
- Tinción de contraste: facilita la identificación morfológica de la célula en la que se ha producido la reacción.

Los tipos de reacciones que nos permiten identificar componentes de la célula se describen a continuación.

Identificación de carbohidratos

☒ Tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS): se basa en la ruptura de los enlaces carbono-carbono presentes en los carbohidratos por acción del ácido periódico (agente oxidante), lo que libera grupos aldehído que con el reactivo de Schiff dan un color rojo púrpura intenso. La utilidad de este tipo de tinción se basa en el diagnóstico diferencial de leucemias linfoblásticas, eritroleucemias y mielodisplasia. Este tipo de tinción ha perdido utilidad en el diagnóstico hematológico al aparecer mejores marcadores. La leucemia linfocítica aguda (LLA) es PAS positivo en forma de mazacotes y la leucemia mieloide aguda (LMA) es PAS negativo.

Identificación de enzimas

☒ Tinción de peroxidasa/mieloperoxidasa (MPO): esta enzima tiene una actividad fuerte en granulocitos, débil en monocitos y negativa en linfocitos. Se basa en la acción oxidante de la enzima sobre la benzidina en presencia de H_2O_2 , manifestándose por el precipitado de color ocre-amarillento en el lugar de reacción. Diferencia blastos de la serie mieloide (MPO positivo) de los de la serie linfocítica y megacariocitos/plaquetas (MPO negativo). En concreto, en la LMA, se tiñen especialmente bien los Bastones de Auer de los blastos.

☒ Tinción esterasa: enzima lisosomal que hidroliza ácidos grasos de cadena corta liberando alcohol (naftol) que se acopla a una sal diazoica y forma un azocolorante que se deposita en la zona de reacción. Pueden ser o no específicas, las cuales utilizan distintos sustratos.

Las enzimas específicas (cloroacetatoesterasas o CAE) de granulopoyesis de neutrófilos, observándose positiva con un color rojo anaranjado brillante. Utilizan el sustrato naftol-AS-D-cloroacetato. Permite el diagnóstico de células blásticas mieloides.

Las enzimas no específicas utilizan como sustrato el naftol AS-D-acetato, α -naftil acetato y α -naftil butirato, estas enzimas están presentes principalmente en monocitos, siendo fuertemente positivas en este tipo de tinción. Sin embargo también se encuentran en otros tipos de células como linfocitos T cooperadores y granulocitos, por ello se emplea fluoruro de sodio, potente inhibidor de las esterasas de monocitos, lo que juega un papel importante en la identificación.

Actualmente la tinción se puede realizar en contadores hematológicos automáticos.

☒ Tinción de fosfatasa: se diferencia entre fosfatasa ácida y fosfatasa alcalina

granulocítica. La fosfatasa ácida está presente en la mayoría de las células hematopoyéticas, excepto en los linfocitos B. Se pone de manifiesto con la presencia de un precipitado rojo-amarillento. Se utiliza en el estudio y diagnóstico de síndromes linfoproliferativos y leucemias de células peludas o tricoleucemias.

La fosfatasa alcalina granulocítica está presente en gránulos secundarios de polimorfonucleares neutrófilos. Genera un precipitado marrón. Solo se valoran las células maduras o los neutrófilos en banda y se realiza una clasificación de la actividad en tres grados: grado 0 si no hay precipitado en el interior, grado I si hay un ligero precipitado, y grado II si el precipitado es abundante. Se calcula el índice de actividad anotando la reacción observada en 100 células y después se suman las células con grado I y II. Normalmente el índice oscila entre 20-80.

Identificación de lípidos

☒ Tinción Negro Sudan B: tiñe sustancias lipídicas como ésteres, fosfolípidos y grasas neutras. Aparecen gránulos de color gris oscuro. Tiene la misma utilidad que la peroxidasa

Otras identificaciones

☒ Tinción de Perls: en este tipo de tinción se pone de manifiesto la existencia de hemosiderina (acúmulos de hierro insoluble unidos a proteínas). Se emplea fundamentalmente sobre frotis de médula ósea para localizar estos depósitos en eritroblastos con 1-4 gránulos, llamados cuerpos de Pappenheimer. Una disminución de sideroblastos puede observarse en la anemia ferropénica y en la anemia de enfermedades crónicas. En los estados de sobrecarga férrica se observan sideroblastos en anillo, es decir, con los corpúsculos de hierro alrededor del núcleo.

☒ Tinción de reticulocitos: es una tinción supravital que emplea azul cresil brillante o azul de metileno que tiñe restos de RNA del reticulocito. Indica el grado de actividad eritropoyética.

☒ Tinción de cuerpos de Heinz: tiñe precipitados de hemoglobina desnaturalizada dentro del glóbulo rojo, son excéntricos. Se usa el colorante azul cresil brillante. Son característicos de anemia hemolíticas por déficit de la enzima glucosa 6- fosfato deshidrogenasa.

Técnicas inmunológicas de identificación celular

Estas técnicas han contribuido de modo importante en el diagnóstico y clasificación de leucemias y linfomas, ya que permiten diferenciar y separar poblaciones celulares hematológicas.

La mayor parte se realiza sobre la fracción mononuclear, por lo que el primer paso es la separación de estas células. Para ello, las técnicas utilizadas son una separación por sedimentación de los hematíes, empleando Dextrano 500 o Plasmagel,

o haciendo una centrifugación de gradiente de densidad de barrera, empleando como barrera Ficoll-Hypaque o Lymphogel. Tras la centrifugación, los glóbulos rojos y granulocitos se encuentran en el fondo del tubo, justo encima el Ficoll haciendo de barrera, arriba de este se encuentra una capa blanca que contiene monocitos y linfocitos, y por encima de esta el plasma y las plaquetas. Se extrae con mucho cuidado la banda blanca de monocitos y linfocitos con ayuda de una micropipeta.

Una vez obtenidos linfocitos y monocitos, podemos diferenciar entre ellos realizando técnicas inmunológicas basadas en la identificación de antígenos leucocitarios característicos de dichas células, es decir, determinando el inmunofenotipo. Estos pueden ser: receptores de membrana (CD3 en linfocitos T, CD4 en linfocitos T helper, CD8 en linfocitos T citotóxicos, CD19 y CD20 en linfocitos B, CD38 y CD138 en células plasmáticas, etc.), moléculas de histocompatibilidad humana (HLA), material genético, etc.

Algunas de las técnicas utilizadas son:

- Separación inmunomagnética: emplea microesferas magnéticas con anticuerpos monoclonales a su alrededor que se unen al antígeno que queremos reconocer. Posteriormente, usando un imán retenemos las microesferas con el antígeno unido. Existen dos tipos de procedimientos, separación positiva y separación negativa. En la separación positiva las microesferas magnéticas retienen el analito de estudio y la separación negativa retiene las sustancias que no se determinan. En la separación positiva, una vez realizada esta separación, se pueden separar el analito retenido de las microesferas.
- Técnica de inmunotoxicidad: basados en la capacidad lítica del sistema del complemento. Se emplean anticuerpos monoclonales contra el antígeno de estudio, se añade el sistema del complemento que produce citotoxicidad en las células donde está presente el antígeno.
- Panning para linfocitos: método de separación sencillo, desarrollado para el fraccionamiento de linfocitos T y B y la separación de subpoblaciones. Se utilizan placas de plástico específicas tapizadas con anticuerpos específicos que se unen selectivamente a los linfocitos a separar, mientras que los que no tienen los antígenos de estudio se eliminan mediante lavado.
- Filtración en columna de nylon: separa monocitos, que se adhieren a la lana de nylon, mientras que los linfocitos B y T la atraviesan.
- Inmunofluorescencia directa (IFD) o indirecta (IFI): se emplean anticuerpos marcados con un fluoróforo. Pueden emplearse anticuerpos monoclonales marcados directamente (IFD) o incubar primero la muestra con un anticuerpo monoclonal sin marcar y posteriormente incubar con un segundo anticuerpo anti

inmunoglobulina humana (IgH) marcado (IFI). Estos anticuerpos se unen al antígeno buscado y se observa en un microscopio de fluorescencia. Los fluorocromos más usados son FITC (isotiocinato de fluoresceína) de color verde, PE (ficoeritrina) de color amarillo y APC (alofiocianina) de color rojo.

- Citometría de flujo: técnica multiparamétrica de análisis celular, que analiza ciertas características de las células, como su tamaño, complejidad, granularidad o la expresión de determinadas moléculas, tanto en la superficie como en el interior citoplasmático.

5 Discusión-Conclusión

El conjunto de técnicas de identificación de células del sistema hematopoyético descrito en el presente capítulo es de gran relevancia en el laboratorio de análisis clínico, ya que permiten diagnosticar enfermedades hematológicas (leucemias, linfomas, síndromes proliferativos, etc.) mediante la diferenciación entre células normales y células anómalas o patológicas, y así, se puede instaurar un tratamiento adecuado y hacer un seguimiento de la evaluación de la enfermedad. Mencionar también que los avances en las técnicas de identificación celular son más específicos y rápidos. Cabe destacar el auge de la citometría de flujo, permitiendo analizar un elevado número de parámetros a la vez identificando célula a célula, lo que concluye en diagnósticos más concretos, y así poder instaurar tratamientos más selectivos causando menores efectos secundarios y teniendo mayor éxito en el resultado.

6 Bibliografía

1. García Espinosa B, Crespo González MR, Rubio Campal F. (2015). Técnicas de análisis hematológicos. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2015.
2. Carr JH., Rodak BF. Atlas de hematología clínica. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2009.
3. Rubio Campal F, García Espinosa B, Carrasco Carrasco M. Fundamentos y Técnicas de Análisis Hematológicos y Citológicos. Madrid:Thomson Paraninfo;2004

Capítulo 359

RECuento CELULAR DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS: FUNDAMENTO, TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y APLICACIONES

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

La sangre está formada por el plasma, líquido de color amarillento, y diferentes elementos formes que se encuentran en suspensión, siendo estos los glóbulos rojos o eritrocitos (célula más abundante), glóbulos blancos o leucocitos (granulocitos, monocitos y linfocitos) y plaquetas.

El recuento celular es una técnica cuyo objetivo es determinar el número de cada uno de los tipos celulares que están comprendidos en una unidad de volumen de muestra, generalmente $1 \text{ mm}^3 = 1 \mu\text{L}$. Se puede realizar el recuento de glóbulos

rojos, glóbulos blancos, plaquetas. Esta determinación aporta información para el diagnóstico de enfermedades hematológicas o leucocitarias (anemias y leucemias, entre otras).

Todos los recuentos celulares cuentan de tres fases:

Primera: dilución de la sangre.

Segunda: Cómputo del número de células.

Tercera: Cálculo matemático del número de células presentes en 1 mm^3 de sangre.

Los recuentos celulares pueden realizarse mediante métodos manuales (recuentos en cámara) o métodos de recuentos automáticos (contadores electrónicos). Estos últimos métodos han aumentado la rapidez, la exactitud y la precisión de las determinaciones analíticas. En la actualidad, The International Council for Standardization in Haematology (ICSH) recomienda que las determinaciones sean mediante recuento electrónico estandarizado para evitar errores. El recuento en cámara sí está recomendado en casos de pacientes que presentan citopenias severas, teniendo presente que si están afectados el número de eritrocitos, nunca está recomendado por el ICSH por el elevado número de errores obtenidos.

2 Objetivos

- Recopilar el fundamento, procedimiento y material de las distintas técnicas de recuento de células hematopoyéticas a partir de muestras de sangre.
- Enumerar los parámetros que se recogen en un hemograma automatizado.

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

Recuento celular manual o recuento en cámara

La cámara de recuento también conocida como cámara cuenta glóbulos o hematocitómetro, se trata de una placa gruesa de vidrio, con forma de portaobjetos

cuya porción central está dividida en 3 porciones perpendiculares al eje longitudinal de la cámara. De ellas, las dos laterales se hallan sobreelevadas 0,1mm con respecto a la porción central. En esta última porción central, hay grabado un retículo cuadrangular (cámara simple) o también existe otro modelo en el cual la porción central puede estar a su vez, subdividida en 2 semiporciones idénticas y separadas por un surco paralelo al eje longitudinal de la cámara (cámara doble), en cada una de estas dos semiporciones hay grabado un retículo idéntico. Es un instrumento de alta precisión y está diseñada con altos estándares de calidad para una mayor eficiencia.

A continuación, se describe el retículo de Neubauer por ser el más usado.

Cámara de Neubauer

Permite contar 250.000-2,5 millones de células/ml. Tiene un error 20-30% debido a errores en el pipeteo, que la muestra no sea representativa o el volumen no es el adecuado, a pesar de esto es el método más utilizado a nivel mundial ya que es económico y sencillo.

Cada retículo completo mide 3 mm x 3 mm de lado y 0,1 mm de profundidad, se divide en 9 cuadrados grandes de 1mm de lado. En el caso de recuento de sangre los cuadrados de las esquinas son los destinados al recuento de leucocitos, al existir estos en menor número que hematíes, se precisa menor número de líneas de referencia para el conteo. A su vez dichos cuadrados se subdividen en 16 cuadrados denominados medianos de 0,25mm de lado.

El cuadrado central es el destinado al recuento de hematíes y plaquetas. La cámara de Neubauer improve, dicho cuadrado se subdivide en 25 cuadrados medianos, 0,2 mm de lado, y a su vez estos se subdividen en 16 cuadrados denominados pequeños. Por tanto, el número total de cuadraditos constituyentes del cuadrado central es de 400 cuadrados. La cámara de Neubauer clásica divide dicho cuadrado en 16 cuadrados medianos, 0,25mm de lado.

Se desarrolla el recuento de glóbulos rojos y leucocitos por ser los más frecuentes, pero también puede realizarse recuento de reticulocitos y plaquetas.

Material que se necesita a) Micropipetas automáticas: Las más habituales están calibradas para una capacidad máxima de 20, 200, 1000 μ L b) Cubreobjetos c) Muestra sanguínea: sangre capilar obtenida por punción del pulpejo del dedo o sangre venosa anticoagulada con EDTA. d) Líquido de dilución: para el recuento de GR contienen cloruro sódico para hacerlos más isotónicos y evitar la hemólisis. Los que se utilizan para el recuento de GB contienen ácido acético glacial que rompe los hematíes y un colorante (violeta de genciana) que tiñe el núcleo de los leucocitos. Los que se utilizan para recuento plaquetario incorporan una sustancia hemolítica y antiagregante plaquetario. Los más utilizados son: Hayem para

RGC, Türk para el WBC y para plaquetas se utiliza solución de oxalato amónico al 1%, pero se pueden usar otros diluyentes como el líquido de Rees Ecker, que incorpora colorantes (azul de cresil brillante) para visualizar mejor las plaquetas.

e) Limpieza de material

Recuento de glóbulos rojos (RGC) en cámara de Neubauer:

El rango típico de concentraciones que permite contar el hematocitómetro está entre 250.000-2,5 millones células/mL aplicando las diluciones correspondientes, la muestra tiene una concentración en torno a 106 células /mL.

Consiste en la determinación del número de GR presentes en un volumen de sangre, generalmente 1 μ L o 1 mm³.

Para el RBC normalmente se diluye la sangre problema a 1/200, obteniendo un volumen total de 2000 μ L, para ello se pipetea 10 μ L de la muestra de sangre problema en un tubo de ensayo limpio y se añaden 1990 μ L de líquido de dilución.

Se deposita la muestra con cuidado entre el cubre y la cámara, con cuidado de que no se formen burbujas o se mueva el cubre. La cámara ya estaría cargada para el recuento celular. Dejar reposar la sangre diluida durante unos minutos para que las células puedan sedimentarse.

A continuación, se realiza el recuento en el microscopio con el objetivo de 40X y el condensador a baja altura.

El RBC se realiza en el cuadro central del retículo y se cuentan los hematíes de los cuadrados medianos de las esquinas y el central, un total de 5 cuadrados medianos.

Existe una convención por la cual, si las células tocan el límite superior o el límite izquierdo del cuadrado, deben contabilizarse, pero no se contabilizan si tocan el límite inferior o el derecho.

En el caso de que la concentración celular sea muy alta, y sea fácil perderse en el recuento se suele utilizar un orden en forma de zig-zag.

Se anotan los resultados de la cantidad de células contadas en cada cuadrado.

Por último, se realizan los cálculos de concentración de células, siendo las unidades células/mL.

$RBC = n^{\circ}$ de hematíes contados en 5 cuadrados $\times 5$ (para tener en cuenta todos los cuadrados $\times 10$ (para valorar el 1 μ L no en 0,1 μ L) $\times$ factor de dilución.

Interpretación clínica de los resultados: se considera unos valores normales en mujeres entre 4-5,5 $\times 10^6$ GR/ μ L y 4,5-6 $\times 10^6$ μ L en hombres.

Recuento de leucocitos (WBC) en cámara de Neubauer:

Consiste en la determinación del número de leucocitos presentes en un volumen determinado de sangre generalmente 1 μ L o 1 mm³.

La muestra de sangre al igual que en el recuento de glóbulos rojos puede ser capilar o venosa con anticoagulante EDTA.

Normalmente se diluye la muestra problema 1/20, para tener un volumen total de 2000 μ L, por ello se pipetea 100 μ L de sangre con una micropipeta automática y se mezclan en un tubo de ensayo limpio con 1900 μ L de líquido de dilución de Türk.

Se siguen los pasos ya descritos en el recuento de glóbulos rojos.

El recuento de leucocitos se realiza en los 4 cuadrados grandes de las esquinas del retículo, que cada uno de ellos está dividido a su vez en 16 cuadrados. Para el recuento se siguen las normas mencionadas anteriormente. Para hallar los resultados:

$WBC = n^{\circ}$ de leucocitos contados en 4 cuadrados grandes $\times 10 \times$ factor de dilución

Para la interpretación clínica de los resultados obtenidos, los valores normales de los leucocitos son 5.000-11000 leucocitos / μ L, si existen en aumento leve puede deberse a una infección o si se trata de un aumento exagerado de una leucemia.

Recuento en contadores electrónicos automáticos:

Aumentan la rapidez, exactitud y precisión de las determinaciones.

Componentes de los que consta un contador electrónico:

- Diluidor de la muestra de sangre hasta el nivel adecuado para el funcionamiento del contador, generalmente diluye 1/10 para el recuento de leucocitos y 1/200 para hematíes.
- Compresor-aspirador: es un sistema hidráulico (aporta presión y el vacío) para transportar la muestra al dispositivo de medida.
- Dispositivo de medida: es la cámara donde se cuentan realmente el número de células sanguíneas.
- Transductor: transforma las señales procedentes del dispositivo de medidas en impulsos eléctricos, suele ser un fotomultiplicador.
- Discriminador: encargado de diferenciar los impulsos eléctricos generados por cada uno de los tipos de células sanguíneas.
- Lector: recoge los datos, los procesa y los proyecta en la pantalla
- Registrador: imprime en papel los resultados conseguidos.

Métodos electrónicos de recuento celular a) Métodos basados en el principio Coulter. Resistencia o impedancia al paso de una corriente

Fue descrito por los hermanos Coulter en 1956 se fundamenta en el hecho de que las células son malas conductoras de la electricidad, al contrario de lo que ocurre con los líquidos diluidores.

Para realizar el recuento la muestra de sangre es diluida en una dilución muy elevada y mediante un sistema de aspiración de vacío se hace pasar la muestra a través de un orificio, el cual dispone de dos electrodos a ambos lados que mide la resistencia eléctrica del líquido que pasa a través del orificio. Mientras solo pasa el diluyente por el orificio la resistencia eléctrica es mínima y constante, pero cuando pasa una célula sanguínea se produce un aumento de la resistencia y un cambio de potencial entre los electrodos. La amplitud del impulso eléctrico es proporcional al tamaño de la célula y el número de pulsos proporcional a la concentración de partículas.

Se fundamenta, por tanto, en el cambio en la conductividad eléctrica que se detecta al paso de una célula a través del orificio en el que se ha establecido una diferencia de potencial entre ambos lados del orificio.

Estos aparatos registran los datos en un histograma de distribución de tamaño, en los que se representa en el eje Y el número relativo de células analizadas y en el eje X el tamaño de esas células. Tienen dos canales diferentes de recuento de células uno para el recuento de hematíes y plaquetas y otro para los leucocitos. Diferencia los hematíes de las plaquetas en base al tamaño de los pulsos generados (plaquetas más pequeñas)

Los problemas que puede presentar son: coincidencia de partículas que generan pulsos anómalos y recuentos falsamente bajos, se solucionan mediante diluciones elevadas y factores de corrección. b) Métodos basados en la dispersión de la luz o en la difracción

Estos métodos emplean un rayo de luz que incide sobre la muestra, según sea el ángulo de difracción o dispersión de la luz, obtenemos datos distintos de las células analizadas. b.1. Método de campo oscuro: por un tubo capilar circula la sangre diluida y sobre este se hace incidir un rayo de luz halógena. Cuando no pasan células, el rayo de luz incide en una zona central, zona de detección que no es sensible a la luz denominado disco de campo oscuro. Cuando una célula atraviesa la cámara capilar, dispersa los rayos de la luz más allá del disco y estos son detectados por las áreas sensibles del fotodetector.

El número de señales lumínicas detectadas indica el número de células presentes en la sangre y la intensidad de la dispersión lumínica producidas por cada una de ellas es directamente proporcional al tamaño de estas. b.2. Método de rayo láser: un haz de luz láser atraviesa un capilar por donde pasa la muestra sanguínea continua en un flujo unicelular y situado detrás de este hay un detector, es un citómetro de flujo.

Cuando no pasan células a lo largo del capilar, el rayo láser incide sobre el detector, pero si una célula pasa a través del capilar, el rayo láser es interceptado por

ella y deja de incidir sobre el detector.

Las células son contadas durante un tiempo y en un volumen, de forma que el número de interferencias indica el número de células presentes, obteniendo la concentración de células y el grado de interferencia que produce cada célula a su paso es directamente proporcional a su tamaño.

Cuando el rayo de luz láser incide en una célula, ésta dispersa la luz que alcanza un fotodetector. El fotodetector mide la dispersión de la luz en dos ángulos: ángulo bajo, que informa del tamaño de la partícula y ángulo alto que depende de la complejidad interna de la célula. En los hematíes proporciona información sobre la concentración de hemoglobina y en los leucocitos informa sobre la estructura del núcleo y la granulación.

Requieren menos diluciones que los métodos basados en impedancia.

La información obtenida en los métodos de recuento basados en la dispersión de la luz, se presentan como datos numéricos en forma de histogramas o citogramas (Dot-plot), que facilitan la interpretación de los resultados.

Funcionamiento de los autoanalizadores hematológicos:

Normalmente los contadores automáticos funcionan de la siguiente forma: constan de un canal para hematíes y plaquetas, tanto para los sistemas que funcionan con impedancia como los que utilizan luz, puesto que existe suficiente diferencia de tamaño para una buena discriminación.

Constan de un canal para leucocitos con lisis previa de hematíes para eliminar su interferencia

Y constan de un canal para determinación de hemoglobina: se determinan colorimétricamente por método cianmetaheoglobina.

Los sistemas empleados actualmente son:

- Sistemas de tres poblaciones: son los sistemas más antiguos, solo diferencian tres poblaciones: linfocitos (pequeños), monocitos (medianos) y granulocitos (grandes), separándolos por diferencias de tamaño.

Se lisan previamente los hematíes y se utilizan un reactivo que lisa el citoplasma, con lo cual se analiza el tamaño del núcleo. Según su volumen permite distinguir las tres poblaciones leucocitarias ya mencionadas.

- Sistema de cinco poblaciones: son los sistemas más modernos que usan luz láser, impedancia y citoquímica. Utilizan este sistema los citómetros de flujo. Tienen la ventaja de analizar rápidamente mayor número de células con el menor error. Solo son capaces de diferenciar células normales, cuando se produce un resultado anómalo hay que preparar una extensión y evaluarla.

Se analiza cada célula individualmente determinando sobre ella:

- El tamaño por la dispersión de luz.

- El recuento por la impedancia y/o láser.
- Estudio óptico sobre su estructura interna (células granulares difractan la luz a un ángulo alto de más de 90°).
- Estudio citoquímico de la peroxidasa en el canal de la peroxidasa. Es una enzima contenida en el citoplasma de los leucocitos PMN, identificando principalmente a neutrófilos al ser positivos y los linfocitos por ser negativos.
- En el canal de loburalidad, son detectados los basófilos. Mediante un reactivo lisante, son destruidas las membranas de los leucocitos, excepto las de los basófilos.
- El canal que mide la hemoglobina por método de cianmetahemoglobina.

En los últimos años se han incorporado los métodos de detección inmunológicos en los autoanalizadores. Estas técnicas integran la dispersión de la luz con la emisión de fluorescencia, basándose en un método similar a los citómetros de flujo convencionales. La combinación de la tecnología óptica con la detección de fluorescencia mediante el uso de anticuerpos monoclonales marcadores con fluorocromos aplicada a los autoanalizadores hematológicos, ha supuesto un claro avance en la discriminación de las distintas subpoblaciones celulares hematológicas.

La interacción del haz de láser con cada célula marcada produce dos tipos de señales: de dispersión y de fluorescencia. Para su detección, las señales de dispersión se dividen en dos fracciones, fracción dispersión ángulo estrecho hacia delante, denominado Forward Scatter (FSC) indica el tamaño de la célula y la fracción dispersa en ángulo de 90° con respecto al haz incidente o Side Scatter(SSC) determina la complejidad de la célula, que serán recogidas por dos detectores de dispersión colocada al efecto. Las señales fluorescentes serán recogidas por detectores de fluorescencia, pueden recogerse en la actualidad de 2 a 32 canales, normalmente 18, dependen del número de láser.

Parámetros básicos en el hemograma automatizado:

Recuento leucocitario (WBC), recuento de hematíes (RBC), hematocrito, volumen corpuscular medio (VCM), hemoglobina corpuscular media (HCM), concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM), recuento de plaquetas, índice de distribución de los hematíes (RDW) índice de distribución de hemoglobina (HDW), volumen plaquetario medio (VPM), coeficiente de variación del tamaño de las plaquetas (PDW), plaquetocito, LUC (cel unstain large), índice de loburalidad, actividad peroxidasa media.

5 Discusión-Conclusión

El recuento celular manual y automatizado, siendo este último sustituyendo casi por completo al recuento manual en los laboratorios de hematología, contribuye de un modo rápido, preciso y relativamente barato de obtener determinaciones hematológicas como el número de glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas y número de blastos, así como los valores de hemoglobina, hematocrito, el volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, concentración de hemoglobina corpuscular media, entre otros que orientan para establecer un diagnóstico correcto. La combinación de las técnicas automatizadas de impedancia, ópticas e inmunofluorescentes aplicadas a los hemogramas permite determinar cada vez mayor número de parámetros destinados a ofrecer un diagnóstico más fiable y en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

1. García Espinosa B, Crespo González MR, Rubio Campal F. (2015). Técnicas de análisis hematológicos. España: Ediciones Paraninfo, S.A; 2015
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.
3. Vives Corrons JL, Aguilar Bascompte JL.Manual de técnicas de laboratorio en hematología. 4^aed. España: Elsevier Health Sciences Spain;2014.

Capítulo 360

ALTERACIONES CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA SERIE ROJA Y DE LA SERIE BLANCA. ESTUDIOS ANALÍTICOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SANDRA FERNÁNDEZ SERRANO

ADOLFO TRIJUEQUE GARCIA

M ISABEL MORENA ESPADA

ANA ISABEL ANDINO HERRERA

JORGE MENA GONZALEZ

1 Introducción

La sangre está constituida por un 55% de plasma, líquido de color amarillento, y un 45% de células hematopoyéticas en suspensión, las cuales son glóbulos rojos o eritrocitos, glóbulos blancos (granulocitos, monocitos y linfocitos) y plaquetas. Estas células sanguíneas se forman durante la hematopoyesis y leucopoyesis, donde todas derivan de una misma célula pluripotencial o stem cell, estas células son irreconocibles morfológicamente y tienen capacidad de autorrenovación, proliferación y diferenciación, también expresan el marcador celular

CD34, seguidamente se diferencian en stem cell serie mieloide o stem cell serie linfoide. A partir de stem cell se forman células progenitoras comprometidas, con una capacidad de diferenciación progresivamente limitada, también expresan el marcador celular CD34. A partir de las células progenitoras se forman las células precursoras destinadas a una línea celular concreta.

Las células progenitoras comprometidas formarán unidad formadora de colonias de eritrocitos (UFC-E), UFC de megacariocitos (UFC-MEG), UFC de granulocitos y monocitos (UFC-GM), los linfocitos pre-B y linfocitos pre-T.

De la serie mieloide derivan los eritrocitos o glóbulos rojos (GR), granulocitos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos), monocitos y megacariocitos (plaquetas). Y de la serie linfoide los linfocitos B, linfocitos T.

Para poder determinar las diversas alteraciones en ambas series, se toma como referencia valores normales en condiciones fisiológicas. Estos son:

2 Objetivos

- Enumerar e identificar en el laboratorio de hematología las posibles alteraciones tanto cuantitativas o cualitativas, benignas o malignas en la serie roja hematopoyética y en la serie blanca hematopoyética.
- Asociar las posibles alteraciones mencionadas a patologías hematológicas.

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

Alteraciones de la serie roja

- Anemias

La definición más aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en la disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) en sangre. Por otro lado, el síndrome anémico es el conjunto de síntomas y signos que derivan de la hipoxia tisular secundaria a una disminución de la cantidad de Hb en sangre. También se puede incluir en la definición los valores del hematocrito y el recuento de glóbulos rojos, que se ven disminuidos.

Los valores normales de concentración de Hb en sangre pueden variar según la edad, el sexo y situaciones especiales como el nivel del mar en el que vive el individuo, la hemodilución por el embarazo, etc.

La anemia se origina fundamentalmente por tres mecanismos: eritropoyesis insuficiente, hemólisis excesiva y hemorragias (aguda o crónica).

Desde el punto de vista clínico se pueden clasificar en anemias morfológicas o fisiopatológicas:

Las anemias morfológicas se basan en el VCM, HCM y CHCM. Se diferencian en anemias microcíticas (VCM < 80 fL) generalmente son hipocrómicas, excepto esferocitosis hereditaria que es hipercrómica, en anemias macrocíticas (VCM > 100 fL) y normocíticas o normocrómicas el VCM y CHCM son normales.

Las anemias fisiopatológicas se clasifican en función de la respuesta de la médula ósea para compensar la anemia. Pueden ser arregenerativas y regenerativas. En las arregenerativas, la médula ósea no compensa la producción de glóbulos rojos, los reticulocitos están disminuidos.

En la anemia regenerativa, médula intenta compensar la anemia, el recuento de reticulocitos es normal o elevado. Se debe a hemorragias agudas o anemias hemolíticas.

A continuación, se describen las anemias más comunes y frecuentes que se observan en la población.

La anemia ferropénica es la anemia más frecuente ambulatoria, causada por un déficit de hierro debido a una disminución de la ingesta, de la absorción, aumento de las necesidades o por aumento de pérdidas excesivas, sobre todo por sangrados (digestivo crónico, hemorroides, neoplasias, menstruación excesiva).

Las características que se observan en el laboratorio son: glóbulos rojos microcíticos e hipocrómicos, concentración de ferritina es baja, la transferrina sérica y la capacidad total de fijación de hierro son altas (CTFH), el índice de saturación de la transferrina (IST) y la sideremia están disminuidos, en frotis se observan anulocitos, hay protoporfirina libre aumentada, y en el proteinograma hay aumento de la fracción β 1 globulinas, por la transferrina.

Algunas manifestaciones típicas conocidas por el Síndrome de Plummer-Vinson, consisten en: fatiga, boqueras, uñas y pelo quebradizo y disfagia.

La anemia de enfermedades crónicas, es la anemia más frecuente hospitalaria, aparece en el curso de enfermedades crónicas (infecciosas, inflamatorias y neoplasias), que generan una disminución de la eritropoyesis por producción inadecuada de EPO o la respuesta a esta está disminuida, secuestro de hierro en el sistema mononuclear fagocítico (SMF) y un cierto grado de hemólisis.

En el laboratorio se observa: GR normocíticos-normocrómicos y en algunos casos micro e hipocrómica. La ferritina está normal o elevada, la transferrina, CTFH y la sideremia disminuida y protoporfirina eritrocitaria libre aumentada.

La anemia sideroblástica es debido a una eritropoyesis ineficaz por defecto en la síntesis del grupo hemo, puede deberse a que el hierro mitocondrial no se incorpora a la protoporfirina o bien por déficit de protoporfirina. Se produce un depósito patológico de hierro en las mitocondrias perinucleares de los eritroblastos (sideroblastos en anillo).

Estas anemias pueden ser congénitas, de herencia ligada al sexo por mutaciones en el DNA mitocondrial o adquiridas por intoxicación por plomo (saturnismo) o isoniazida, por déficit de vitamina B6 o por hemopatías (talasemias, síndromes mieloproliferativos) o por tumores.

Las características del laboratorio son: microcítica, hipocrómica, ferritina elevada, transferrina y CTFH baja, IST elevado, sideremia alta y presencia de hemosiderina, protoporfirina eritrocitaria libre aumentada, en el frotis se observa sideroblastos en anillo (tinción de Perls) y punteado basófilo en el saturnismo por plomo.

La anemia megaloblástica está asociada a un trastorno en la síntesis del DNA que afecta a todas las células proliferativas, siendo más notable en las células hematopoyéticas. Es secundario a la carencia de vitamina B12 y ácido fólico necesarias para la síntesis de DNA y maduración del núcleo celular. La maduración anómala de los eritrocitos se manifiesta en una hemólisis intramédular. En médula ósea aumenta el número y tamaño de eritroblastos y en sangre periférica se observa macrocitosis ovalados característicos.

La causa más frecuente de anemia megaloblástica por falta de B12 es la anemia perniciosa, por carecer del factor intrínseco. Y por falta de ácido fólico es el alcoholismo crónico.

Las características en el laboratorio: macrocítica (macrocitosis ovalados), anisocitosis, se observan hipersegmentación nuclear de los polimorfonucleares (pleocariocitos de Pittaluga), cuerpos de Howell-Jolly (restos de cromosomas) y anillos de Cabot (restos de membranas nucleares y microtúbulos). En bioquímica: déficit de B12, ácido fólico, aumento de bilirrubina indirecta, LDH y fosfatemia.

-Anemias hemolíticas

Grupo heterogéneo de enfermedades hematológicas cuyo denominador común es la destrucción excesiva de glóbulos rojos, que acorta la vida media de los glóbulos rojos (120 días) y obliga a la médula ósea a aumentar su producción, son anemias regenerativas. Con un recuento de reticulocitos altos. El estudio de la vida media de los glóbulos rojos se hace con cromo radiactivo ^{51}Cr .

Se pueden clasificar: según el mecanismo que reduce la vida del GR, según el lugar donde se produce la hemólisis o según estén o no asociadas a la herencia. Según el mecanismo que reduce la vida del glóbulo rojo, se diferencian en: corpusculares o intrínsecas (defecto dentro del propio hematíe) y extracorpúsculares o extrínsecas (defecto fuera del hematíe).

Según el lugar: extravasculares, se produce el bazo o hígado, es una exageración del proceso normal de hemólisis. E intravascular, en el torrente sanguíneo, en general las anemias hemolíticas autoinmunes y por déficit de glucosa-6-fosfatodeshidrogenas (G6PDH) son intravasculares.

Según estén asociadas a herencia o no pueden ser: congénitas como membranopatías, defecto en el metabolismo o enzimopatías y por hemoglobinopatías. O pueden ser adquiridas: autoinmunes y aloinmunes, tóxicas, infecciosas, mecánicas por el funcionamiento de la válvula cardíaca artificial, hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), hiperesplenismo, etc.

Algunos ejemplos de anemias hemolíticas: esferocitosis hereditaria o enfermedad de Minkowski-Chauffard, Déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6P-DH) y hemoglobinopatías (talasemias y hemoglobinopatías estructurales)

-Alteraciones cuantitativas y cualitativas de células madre

La aplasia medular es una insuficiencia medular y desaparición total o parcial de los precursores hematopoyéticos en la médula ósea lo que da lugar a pancitopenia en sangre periférica, es decir, produce anemia (síndrome anémico), leucopenia (síndrome infeccioso) y trombocitopenia (síndrome hemorrágico). Pueden ser congénitas, como anemia de Fanconi, o adquiridas por radiaciones, por enfermedades autoinmunes, por infecciones, intoxicación por benceno, por fármacos, causas metabólicas y por HPN. Diagnostico requiere realizar biopsia de médula ósea (no aspirado de médula).

La eritroblastopenia es un síndrome raro que se define por una gran disminución o ausencia de precursores eritroides en médula ósea causando anemia y reticulopenia. La EPO está elevada para compensar. Puede ser congénita, anemia de Blackfan-Diamond (diagnostico por punción- aspirado de M.O. de esternón o cresta iliaca) o adquirida por timoma, fármacos, infecciones, etc.

El síndrome mielodisplásico es un grupo heterogéneo de enfermedades clonales

de las células hematopoyéticas pluripotentes (stem cell) tienen un defecto que le hace producir células anómalas incapaces de realizar sus funciones habituales, y en menor cantidad de lo normal.

-Policitemia y poliglobulia

Los términos policitemia y poliglobulia pueden emplearse como sinónimos. No obstante, en sentido estricto, existe policitemia cuando hay un incremento de la masa celular eritrocitaria, leucocitaria y trombocitaria. Y hay poliglobulia o eritrosis cuando solo se incrementa la masa eritrocitaria, el hematocrito supra 55%, siendo un valor norma 45%.

Diferenciamos en policitemia vera o auténtica cuando hay hiperactividad de médula ósea afectando a las tres líneas celulares, predominando la eritropoyesis. Es primaria si los niveles de EPO son normales y secundaria si los niveles de EPO están elevados.

Y policitemia relativa o pseudopolicitemia se puede deber: a un descenso del volumen plasmático (deshidratación) o a una microcitosis que puede hacer pensar que el número está aumentado o por causas compensatorias causadas por hipoxemia de las alturas o hipoxemia endógenas.

-Inclusiones y alteraciones eritrocitarias.

Inclusiones eritrocitarias: cuerpos de Howell- Jolly (DNA, fragmentos nucleares), cuerpo de Heinz (Hb desnaturalizada), anillos de Cabot (remanente de huso mitótico y membrana nuclear), punteado basófilo (RNA precipitado), cuerpos de Pappenheimer (hierro), basófila difusa (RNA) y HbH (azul cresil brillante).

Alteraciones eritrocitarias: esferocitosis, elipsocitosis, ovalocitosis, estomatocitos (alcoholismo), degranocitos (anemia falciforme), dianocitos (talasemias), esquistocitos (anemia hemolítica microangiopática y hemolisis cardíaca traumática), queratocitos (forma de saco), acantocitos (con espiculas no regulares, cirrosis hepática, alcoholismo y síndrome de Zieve), equinocitos (espiculas regulares), dacriocitos (forma de lágrima), poiquilocitos (forma de raqueta), forma de seta (alterado el transportado $\text{HCO}_3^-/\text{HCl}$) y excentrocitos/células blíster (Hb concentrada en un extremo, favismo).

Alteraciones de la serie blanca

-Patologías no malignas a) Alteraciones cualitativas

- Alteraciones morfológicas: pueden ser nucleares o citoplasmáticas. Las alteraciones nucleares son: anomalías de Pelger-Hüet (núcleo bilobulado de neutrófilos o anteojos, AD en homocigosis incompatible con la vida), hipersegmentación nuclear hereditaria de neutrófilos denominado pleocariocito de Pit-

taluga (anemia megaloblástica) y núcleo cerebriforme característico del Síndrome de Sézary (células Lutzner).

Las alteraciones citoplasmáticas que reconocen al microscopio son: gránulos gigantes violetas en la anomalía de Alder Rely, cuerpos de Döhle (RE con RNAr), bastones de Auer (LMA), cuerpos de Russell en mieloma múltiple (acumulas de Ig recién sintetizada en RE, inclusiones homogéneas redondeadas y eosinofílicas, proyecciones citoplasmáticas en tricoleucemia, granulaciones tóxicas, gránulos gigantes azulados típicos del síndrome de Chediak-Higashi, células LE (eritrofagocitosis).

- Alteraciones funcionales: adhesión, quimiotaxis síndrome de Chediak- Higashi), fagocitosis y bacteriólisis (enfermedad granulomatosa crónica) b) Alteraciones cuantitativas no malignas

Neutrofilias, neutropenia, eosinofilia, basófila, monocitosis, monocitopenia, linfocitosis y linfopenias.

-Leucemias

Las leucemias son un conjunto de neoplasias malignas caracterizadas por la proliferación incontrolada de un tipo de leucocito (linfocito, granulocito, monocito, eosinófilo o basófilo) que infiltra la médula ósea y otros tejidos, con aparición de células inmaduras, a veces morfológicamente anormales en sangre periférica. Es una enfermedad de origen monoclonal. Su origen puede ser genético o adquirido. Atendiendo a su evolución se pueden clasificar en agudas o crónicas

- Leucemias agudas se caracterizan por presencia de células inmaduras/blastos, cuando en médula ósea superan el 20%, pueden ser mortales en tres meses sino se tratan. Es un trastorno tanto de proliferación como de maduración. En este tipo de leucemias existe el hiatus leucémico, solo se observan células estancadas en un estado madurativo (no existen etapas intermedias).

- Leucemias crónicas sigue un curso más lento, se caracterizan por la proliferación de células maduras y bastante diferenciadas. No existe hiatus leucémico.

También se pueden clasificar según la línea celular alterada, si es la línea mieloide o la línea linfoide.

El diagnóstico del tipo de leucemia se realiza en el laboratorio empleando: hemograma, medulograma y frotis sanguíneo para observar al microscopio óptico, aspirado celular para observar morfología, realiza un inmunofenotipo usando la citometría de flujo, citogenética (FISH y estudio genético), en biología molecular por PCR de ADN y biopsia del ganglio linfático. a) Leucemia mieloide aguda (LMA): es un proceso neoplásico monoclonal de células inmaduras (blastos) de la estripe mieloide. Es la leucemia aguda más frecuente en adultos (80-90%) afectando más a individuos de sexo masculino.

Se subclasifican en 8 tipos según el Grupo Cooperativo Francés-Americano-Británico (FAB). Atendiendo a mayor tipo de células afectadas y el grado de madurez. Los subtipos son:

M0: no diferenciada

M1: sin maduración

M2: con maduración

M3: promielocitos. MPO muy positiva

M4: mielomonocitos

M5: monocitos. Esterasa positiva

M6: eritroleucemia

M7: megacariocitos

Como característica específica los blastos leucémicos pueden contener en el citoplasma bastones de Auer b) Leucemia linfoide aguda: proliferación incontrolada de un clon de linfocitos T o B inmaduros. Es más frecuente la de linfocitos B inmaduros (85%), se produce inversión de los valores normales de linfocitos T-B, siendo lo normal 80% LT y 40% LB. Es más frecuente en niños que en adultos.

Existen tres subtipos:

L1: es la más común en niños, se caracteriza por células pequeñas, tamaño homogéneo, núcleo redondo y regular, sin nucleolo y citoplasma escaso.

L2: blastos de tamaño heterogéneo, núcleo irregular con dos o tres nucleolos.

L3: son células grandes homogéneas con intensa basofilia, cromatina puntiforme, vacuolas lipídicas. Actualmente la OMS este subtipo según FAB lo considera como linfoma/leucemia de Burkitt.

Existe hiatus leucémico con un 30% de blastos linfoides. c) Leucemia mieloide crónica: proliferación clonal predominantemente de la serie granulocítica, característico el aumento de basófilos. Habitualmente las células proliferantes presentan el cromosoma Filadelfia (Ph) resultado de una traslocación recíproca del cromosoma 9 y 22 ($t(9q+;22q-)$) produciéndose un reordenamiento del oncogén BCR-ABL.

Es común en el adulto joven y más frecuente en hombres.

El curso clínico presenta tres fases: primera fase crónica, donde aumentan todos los precursores granulocíticos y maduros, siendo el número de blastos es menor de 10%. Segunda fase de aceleración (10-19% de blastos). Y, por último, fase blástica siendo más resistente al tratamiento. La LMC se transforma en LMA.

Para el diagnóstico diferencial con policitemia vera, la tinción citoquímica de fosfatasa alcalina granulocítica está disminuida.

El índice de Sokal indica el pronóstico de supervivencia en función de la edad del paciente, el tamaño del bazo, el recuento de plaquetas y el número de blas-

tos en sangre periférica. De este modo puede estratificar a los pacientes en tres grupos según su gravedad. d) Leucemia linfoide crónica (LLC): proliferación y acumulación de linfocitos de pequeño tamaño y aspecto maduro en médula ósea, sangre periférica y tejido linfoide. El 98% de los casos estos linfocitos son de tipo B. Una característica que se observa al microscopio óptico son las sombras de Gümpercht, son restos nucleares de los linfocitos al ser tan frágiles y romperse fácilmente.

Es la leucemia más frecuente en adultos mayores de 50 años.

Un tipo especial de LLC es la leucemia de células peludas o tricoleucemia, donde los linfocitos son más grandes y tienen prolongaciones citoplasmáticas a modo de pelos en halo perpendiculares que da aspecto de “huevo frito”. Se tiñe con fosfatasa ácida tartato resistente (coloración rojiza).

Linfoma

Son transformaciones neoplásicas monoclonales con origen en tejidos linfoides, que posteriormente infiltran en la médula ósea, diseminan por sangre periférica y afectan a otros órganos (afectación extraganglionar). Se presentan como tumores sólidos. Su origen al igual que las leucemias puede ser genético o adquirido.

Tradicionalmente los linfomas se han dividido de forma genérica en linfoma de Hodgkin (LH, célula neoplásica de Reed-Sternberg característica) y linfomas no Hodgkin (LNH, por ejemplo linfoma folicular, linfoma de células del manto, linfoma de Burkitt). Pero la clasificación más reciente que ha servido de base a la OMS en el año 2001 es The Revised European- American Classification of Lymphoid Neoplasm (REAL)

La clasificación de Ann Arbor es válida para LH y LNH, existen 4 estadios de gravedad

Para el diagnóstico se realiza una biopsia del ganglio linfático.

En general las técnicas de diagnóstico empleadas son morfológicas para la presencia de células Reed-Sternberg, inmunohistoquímicas, de citometría de flujo para el inmunofenotipo, técnicas citogenéticas, ya que se ha observado que las LNH suelen encontrarse significativamente alteraciones cromosómicas y técnicas de biología molecular.

5 Discusión-Conclusión

Tras el desarrollo del tema expuesto, se concluye que el conocimiento de las alteraciones de las células hematopoyéticas, tanto de la serie roja (eritrocitos) como de la serie blanca (leucocitos), tanto morfológicas, como citoquímicas, de

inmunofenotipo, citológica o proliferativas, proporcionan información en el proceso de diagnóstico de enfermedades hematológicas. Para ello, es preciso utilizar las técnicas de laboratorio adecuadas, poder instaurar un tratamiento a fin de paliar o eliminar las alteraciones o los síntomas de dichas enfermedades.

Es imprescindible que los Técnicos de Laboratorio adquieran los conocimientos expuestos en el presente tema para poder interpretar los resultados de las pruebas analíticas y así poder ejercer una adecuada función en un puesto de trabajo en el laboratorio de análisis clínico.

6 Bibliografía

1. Carr JH., Rodak BF. Atlas de hematología clínica. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2009.
2. Loke J., Savani B. Fast facts: Leucemia. Suiza: S. Karger AG; 2020.
3. Malcorra JJ. Hemoglobinopatías y talasemias. Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría; 2001; 25-nº2.
4. Rubio Campal F, García Espinosa B, Carrasco Carrasco M. Fundamentos y Técnicas de Análisis Hematológicos y Citológicos. Madrid: Thomson Paraninfo; 2004
5. Lichtman MA et al. Williams manual de hematología. 10ª ed. España: McGraw-Hill; 2015.

Capítulo 361

EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

LAURA PLAZA BASCUÑANA

MARÍA DEL CORAL LOZANO GUIJARRO

MIRIAM BERMEJO PEÑA

LUCIA PULPON AYUSO MORALES

1 Introducción

Está claro que para que una clínica dental o bucodental tenga pacientes satisfechos, es vital ofrecer una atención de calidad, basada en un conocimiento científico y en el mejor trato a los pacientes.

Los profesionales, como en este caso los Higienistas bucodentales, que se encuentran a diario en contacto con pacientes, pueden verse afectados por el síndrome de burnout.

Dicho síndrome, que también podemos conocer como Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de estar quemado, se refiere a la conducta que tiene el Higienista (en este caso) cuando percibe la diferencia que existe entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral.

Podemos reseñar que aparece un estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés por su trabajo, lo cual repercute en la calidad de la atención a los pacientes y también en la relación con el equipo.

Este estado llevará a la clínica, donde el Higienista Bucodental desarrolla su labor, a sufrir consecuencias negativas y con ello una situación de insatisfacción tanto

a nivel profesional como para el paciente.

Desde el Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo se habla de estrés laboral hacia compañeros, pacientes e incluso la vida personal con sus seres queridos, produciendo (como hemos reseñado) consecuencias negativas en todos los aspectos.

2 Objetivos

- Conocer la definición del Síndrome de Burnout.
- Conocer las consecuencias del Síndrome de Burnout.
- Conocer las causas del Síndrome de Burnout en el higienista bucodental.

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: Síndrome de Burnout, Higienista bucodental, consecuencias negativas.

4 Resultados

Entre las causas que pueden llevar a sufrir el Síndrome de Burnout podemos encontrar:

- Contacto continuo con pacientes, lo que conlleva una implicación elevada.
- Verse en constante relación de ayuda.
- Frustración por no poder resolver los problemas del paciente.
- Estimulación aversiva constante.

En el Síndrome de Burnout aparece la despersonalización asociada a las respuestas negativas, frías y distantes con el resto del equipo o pacientes, e incluso el Higienista llega a plantearse su valía como profesional, apareciendo una baja realización personal.

El síndrome aparece de manera prolongada, y pasa por diversas fases, desde el entusiasmo inicial por la labor profesional hasta el estancamiento, frustración y apatía, para posteriormente pasar a la fase de estar quemado a nivel laboral.

Como Higienista bucodental y buen profesional, debe ser capaz de detectar si está sufriendo este síndrome o incluso si algún compañero lo está padeciendo, para ello debe conocer tanto las características personales como profesionales:

- Edad
- Sexo
- Número de trabajadores
- Problemas de comunicación entre el equipo.
- Pérdida de motivación
- Pérdida de compromiso.
- Disminución del rendimiento
- Insatisfacción de los pacientes ante el trato por parte del Higienista.

Conociendo todas estas características, el higienista bucodental, podemos prevenir la aparición del Síndrome del Burnout, para ello podemos hacerlo desde las diferentes prevenciones:

- Prevención primaria: extinguir la causa, para ello realizaremos mejora en el puesto de trabajo y en el día a día (comunicación, condiciones ambientales, delegar funciones...)
- Prevención secundaria: se realizarán formación y educación constante para que se puedan adquirir destrezas para enfrentarse al estrés.
- Prevención Terciaria: es importante detectar los problemas de manera precoz, sobre todo a nivel de salud mental y su tratamiento.

Como tratamiento de manera general por el higienista, se puede aconsejar potenciar la autoestima, autoeficacia personal y percepción del control.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión bibliográfica, podemos concluir lo peligroso que puede ser para cualquier profesional caer en El síndrome de Burnout, ya que puede llevar al Higienista Bucodental a un estado de ansiedad que pondrá en peligro su labor profesional y su estado personal.

Los Higienistas Bucodentales y en general todos aquellos profesionales que están en contacto directo con personas de manera diaria y tienen que satisfacer las necesidades de los pacientes, son más vulnerables de padecer dicho síndrome.

La prevención es el mejor tratamiento para evitar llegar a la situación que hemos descrito, para ello es importante cuidarse a nivel mental y emocional.

6 Bibliografía

- Tesis doctoral “El síndrome de Burnout en los dentistas en España”
- <https://consejodentistas.es/wp-content/uploads/2023/06/Revista-Dentistas-47.pdf>

Capítulo 362

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO ANTE UNA URGENCIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ICTUS)

ANA MARIN PUERTA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

INMACULADA DURAN AMOROS

VANESSA QUIROGA MINAYA

1 Introducción

En el ámbito de la salud, la detección y el tratamiento temprano de emergencias médicas son fundamentales para la recuperación exitosa y la minimización de posibles secuelas. Una de estas urgencias médicas de alta relevancia es el accidente cerebrovascular, también conocido como ictus. El ictus es una condición que requiere una respuesta médica inmediata y coordinada para reducir el daño cerebral y mejorar el pronóstico del paciente.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico juega un papel crucial en este escenario, ya que su experiencia en la obtención y análisis de imágenes diagnósticas desempeña un rol significativo en la confirmación o descarte de la sospecha de un ictus. En esta exploración, se abordará detalladamente el protocolo de actuación que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe seguir ante una urgencia del paciente con sospecha de accidente cerebrovascular.

Se analizarán las acciones específicas que el técnico debe llevar a cabo, desde el reconocimiento inicial de la urgencia y la comunicación con el equipo médico hasta la preparación del entorno, la obtención de imágenes diagnósticas y la colaboración constante con el equipo de salud. La comunicación efectiva, la rapidez en la toma de decisiones y la colaboración interdisciplinaria se destacarán como pilares fundamentales en la respuesta ante esta emergencia médica.

A medida que profundizamos en el protocolo de actuación, se resaltarán cómo el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un rol crucial en la obtención de información crucial para el diagnóstico y el tratamiento, lo que a su vez impacta directamente en el bienestar y la recuperación del paciente. La importancia de la formación continua y la actualización en los protocolos de manejo de urgencias también se destacará en este contexto.

Esta exploración ofrece una visión detallada del protocolo de actuación del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico ante una urgencia del paciente con sospecha de accidente cerebrovascular. Su papel en la obtención de imágenes diagnósticas precisas y su colaboración en el equipo de salud contribuyen significativamente a la atención efectiva y la respuesta adecuada ante esta urgencia médica de alto impacto.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen según el técnico superior de imagen para el diagnóstico ante una urgencia del paciente con sospecha del accidente cerebrovascular (ictus)

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico superior de imagen para el diagnóstico ante una urgencia del paciente con sospecha del accidente cerebrovascular (ictus)

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y Web of Science. Hemos realizado una búsqueda entre febrero de 2023 y abril de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (ictus OR stroke) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

El abordaje ante una urgencia médica como un accidente cerebrovascular (ictus) requiere de una respuesta rápida y coordinada por parte del equipo de salud. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel crucial en este proceso al colaborar en la evaluación temprana y en la obtención de imágenes necesarias para confirmar o descartar la presencia de un ictus. A continuación, se presenta un protocolo de actuación del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico ante una urgencia del paciente con sospecha de accidente cerebrovascular:

1. Reconocimiento de la urgencia:

- Mantenerse alerta y preparado para responder a situaciones de emergencia.
- Identificar signos y síntomas clínicos que sugieran un posible ictus, como debilidad facial o en extremidades, dificultad para hablar, pérdida de visión, entre otros.

2. Comunicación y coordinación:

- Notificar de inmediato al equipo médico y al servicio de urgencias sobre la sospecha de un ictus.
- Proporcionar información relevante sobre los síntomas y el estado del paciente.

3. Preparación del entorno:

- Asegurarse de que la sala de radiología esté lista y preparada para recibir al paciente de manera urgente.
- Coordinar con el personal para tener los recursos necesarios disponibles, como el equipo de resonancia magnética o tomografía computarizada.

4. Recepción y estabilización del paciente:

- Colaborar en la recepción del paciente y su traslado seguro a la sala de imágenes.
- Brindar apoyo en la estabilización del paciente según sea necesario, manteniendo la calma y la empatía.

5. Obtención de imágenes diagnósticas:

- Realizar los procedimientos de obtención de imágenes de acuerdo con las indicaciones médicas.
- Coordinar con el equipo de radiólogos y médicos para priorizar el estudio y garantizar su realización rápida y precisa.

6. Comunicación con el equipo médico:

- Informar al equipo médico sobre la disponibilidad de las imágenes obtenidas y su listo para su análisis.
- Proporcionar información relevante sobre la técnica utilizada y cualquier hallazgo importante.

7. Documentación y registro:

- Mantener un registro detallado de todos los procedimientos realizados, incluyendo tiempos, técnicas y observaciones relevantes.

8. Colaboración continua:

- Mantenerse disponible para colaborar con el equipo médico durante la interpretación de las imágenes y en cualquier otra necesidad que surja.

9. Mantener la confidencialidad:

- Garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente en todo momento.

10. Actualización y formación continua:

- Mantenerse al día con las últimas pautas y protocolos para el manejo de pacientes con ictus.
- Participar en programas de formación continua para mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el protocolo de actuación del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico ante una urgencia del paciente con sospecha de accidente cerebrovascular (ictus) es un componente esencial en la respuesta rápida y coordinada que se requiere en situaciones médicas críticas. El rol de estos profesionales en la obtención y análisis de imágenes diagnósticas desempeña un papel vital en la confirmación o descarte de la sospecha de ictus, permitiendo una intervención médica temprana y eficaz que puede marcar la diferencia en el pronóstico del paciente. Podemos observar en los estudios analizados en nuestra revisión que, en conclusión, en situaciones de urgencia, la rapidez y la coordinación son esenciales para optimizar el tratamiento y los resultados del paciente. Al seguir este protocolo de actuación, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

contribuye significativamente a la atención eficiente y efectiva de pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular, asegurando una respuesta adecuada y colaborativa dentro del equipo de salud.

6 Bibliografía

1. Ballenilla F, De Castro P, Corral PA, et al. Ictus pediátrico Comunidad de Madrid. Grupo de Trabajo Código ICTUS Pediátrico. Madrid, 2019.
2. Bernard TJ, Friedman NR, Stence NV, et al. Preparing for a Pediatric Stroke Alert. *Pediatr Neurol*. 2016;56:18-24.
3. Cobb MIH, Laarakker AS, González LF, et al. Endovascular Therapies for Acute Ischemic Stroke in Children. *Stroke*. 2017;48:2026-30.
4. Elbers J, Wainwright MS, Amlie-Lefond C. The Pediatric stroke code: early management of the child with stroke. *The Journal of Pediatrics*. 2015;167(1):19-24.
5. Emaerschalk BM, Kleindorfer DO, Adeoye OM, et al. Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2016;47:581-41.
6. Fernández Sanmartín M, Trastoy Quintela J, Rodríguez Nuñez A. Anticoagulación, antiagregación y fibrinólisis. En: López-Herce J, Calvo C, Baltodano A, Rey C, Rodríguez A. *Manual de cuidados intensivos pediátricos*, 5.^a edición. Madrid: Publimed; 2019. p. 298-307.
7. Monagle P, Chan AKC, Goldenberg NA, et al. Antithrombotic Therapy in Neonates and Children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e737S-e801S.
8. Sánchez Álvarez MJ, Alonso Salas MT. Ictus. En: López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Rey Galán C, et al. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos*. 5.^a edición. Madrid: Publimed; 2019.

Capítulo 363

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA O ESPECIAL

ANA MARIN PUERTA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

INMACULADA DURAN AMOROS

VANESSA QUIROGA MINAYA

1 Introducción

En el ámbito de la medicina moderna, la radiología intervencionista o especial se ha convertido en una disciplina crucial para el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de condiciones médicas de manera menos invasiva. En este escenario, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel esencial al colaborar estrechamente con el equipo médico en la realización de procedimientos guiados por imágenes, garantizando la precisión, la seguridad y la eficacia de cada intervención.

La radiología intervencionista implica la realización de procedimientos médicos mínimamente invasivos, como angioplastias, biopsias guiadas por imágenes,

drenaje de abscesos y más, utilizando técnicas de imagen en tiempo real para guiar y monitorizar los procedimientos. En este contexto, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico tiene la responsabilidad de asegurar que los equipos de imagen estén optimizados, el paciente esté correctamente posicionado y que las imágenes se adquieran con la más alta calidad posible.

Esta exploración se centrará en analizar en detalle las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista. Desde la preparación de equipos y la colaboración con el equipo médico hasta la obtención de imágenes en tiempo real y la priorización de la seguridad del paciente, se examinarán las responsabilidades clave que estos profesionales asumen para garantizar el éxito y la seguridad de los procedimientos intervencionistas.

El enfoque en la comunicación interdisciplinaria, el conocimiento técnico y la habilidad para adaptarse a situaciones cambiantes se destacarán como elementos fundamentales en la ejecución de estas funciones. Además, se enfatizará la importancia de mantenerse actualizado con las últimas tecnologías y avances en el campo de la radiología intervencionista para brindar un nivel óptimo de atención.

La colaboración del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista es esencial para lograr resultados exitosos en procedimientos médicos mínimamente invasivos. Sus funciones, conocimientos y habilidades contribuyen directamente al bienestar y la recuperación de los pacientes, así como al avance continuo de la medicina en busca de alternativas más seguras y efectivas para el diagnóstico y el tratamiento.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen por parte del técnico superior en imagen para el diagnóstico en radiología intervencionista o especial.

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el técnico superior en imagen para el diagnóstico en radiología intervencionista o especial.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“special radiology” OR “interventional radiology”) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel esencial en la radiología intervencionista o especial, una rama de la radiología que se centra en la realización de procedimientos médicos mínimamente invasivos y guiados por imágenes. En este contexto, las funciones del técnico son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de las imágenes y el éxito general de los procedimientos intervencionistas. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista:

1. Preparación y asepsia:

- Preparar y asegurar que el entorno de trabajo esté limpio y estéril para evitar infecciones durante los procedimientos.
- Colaborar en la preparación del paciente, incluyendo el lavado y la desinfección adecuada de la piel en la zona de intervención.

2. Preparación de equipos:

- Asegurarse de que todo el equipo necesario esté listo y funcione correctamente antes del procedimiento.
- Calibrar y ajustar los equipos de imágenes, como la fluoroscopia, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), según sea necesario.

3. Posicionamiento y orientación:

- Ayudar al paciente a adoptar la posición correcta para el procedimiento, asegurando un acceso óptimo a la zona de intervención.
- Asegurarse de que el paciente esté cómodo y adecuadamente inmovilizado para evitar movimientos durante el procedimiento.

4. Adquisición de imágenes en tiempo real:

- Realizar imágenes en tiempo real (fluoroscopia) u otros estudios de imagen necesarios para guiar al médico durante el procedimiento.

- Asegurarse de obtener imágenes de alta calidad y claridad para facilitar la precisión y el éxito del procedimiento.

5. Asistencia al médico:

- Colaborar estrechamente con el médico intervencionista, proporcionando información visual y técnica sobre el procedimiento y la anatomía del paciente.

- Suministrar al médico las imágenes y los datos necesarios para tomar decisiones informadas durante el procedimiento.

6. Control de la dosis de radiación:

- Monitorizar y controlar la dosis de radiación administrada al paciente y al equipo médico, garantizando que estén dentro de los límites seguros.

7. Manejo de contrastes y materiales:

- Preparar y administrar agentes de contraste intravenoso u otros materiales necesarios durante los procedimientos.

- Asegurarse de que los materiales se manejen adecuadamente y se administren de manera segura.

8. Seguridad del paciente:

- Mantener una comunicación constante con el paciente para garantizar su comodidad y bienestar durante el procedimiento.

- Vigilar al paciente en busca de signos de malestar o complicaciones durante y después del procedimiento.

9. Documentación y registro:

- Mantener registros precisos y completos de los procedimientos realizados, incluidas las imágenes y los datos relevantes.

10. Educación y asesoramiento: - Brindar información al paciente sobre el procedimiento, lo que puede esperar y cómo puede prepararse adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que, en conclusión, las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista son esenciales para el éxito de los procedimientos médicos guiados por imágenes. Su colaboración con el equipo médico, la obtención de imágenes de alta calidad y el enfoque en la seguridad y el bienestar del paciente contribuyen directamente a la eficacia y el resultado exitoso de los procedimientos intervencionistas, lo que a su vez beneficia a la salud y el bienestar de los pacientes. El rol del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista es un

componente esencial para el éxito de los procedimientos médicos mínimamente invasivos guiados por imágenes. A través de sus funciones y responsabilidades, estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la optimización de la precisión, la seguridad y la eficacia de cada intervención. En última instancia, las funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en radiología intervencionista son esenciales para la prestación de atención médica de calidad y la mejora de los resultados clínicos. Su dedicación al mantenimiento de estándares elevados de atención, su colaboración con el equipo médico y su contribución al bienestar del paciente consolidan su importancia en la vanguardia de la medicina moderna y la radiología intervencional.

6 Bibliografía

1. Alonzi R, Hoskin P. Functional imaging in clinical oncology: magnetic resonance imaging- and computerised tomography-based techniques. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2006;18(7):555-70.
2. Alonzi R, Padhani A, Allen C. Dynamic contrast enhanced MRI in prostate cancer. *Eur J Radiol* 2007;63(3):335-50.
3. Bulakbasi N, Kocaoglu M, Farzaliyev A, Tayfun C, Ucoz T, Somuncu I. Assessment of diagnostic accuracy of perfusion MR imaging in primary and metastatic solitary malignant brain tumors. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005;26(9):2187-99.
4. Gillard JH, Waldman AD, Barker PB. Clinical MR neuroimaging. Diffusion, perfusion and spectroscopy. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. Goh V, Padhani AR. Imaging tumor angiogenesis: functional assessment using MDCT or MRI? *Abdom Imaging* 2006;31(2):194-9.
5. Hollingworth W, Medina LS, Lenkinski RE, et al. A systematic literature review of magnetic resonance spectroscopy for the characterization of brain tumors. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27(7):1404-11.
6. Kuhl CK, Mielcareck P, Klaschik S, et al. Dynamic breast MR imaging: are signal intensity time course data useful for differential diagnosis of enhancing lesions? *Radiology* 1999;211(1):101-10. Martí-Bonmatí L, Sopena R. Los receptores y los marcadores: hacia la ciencia de la imagen a través de las hibridaciones. *Radiología* 2007;49(5):299-304.
7. Osborn AG, Salzman L, Barkovich AJ. Diagnostic imaging: Brain. 2.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Capítulo 364

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

ANA MARIN PUERTA

INMACULADA DURAN AMOROS

VANESSA QUIROGA MINAYA

JESÚS MARTÍN ROLDÁN

NEREA CIDFUENTES JIMÉNEZ

1 Introducción

La salud cardiovascular es una preocupación fundamental en la sociedad actual, ya que las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La valoración del riesgo cardiovascular y la realización de pruebas diagnósticas desempeñan un papel crucial en la detección temprana, el diagnóstico preciso y el manejo efectivo de condiciones cardiovasculares. En este contexto, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico tiene un rol esencial al colaborar en la obtención y análisis de imágenes médicas que contribuyen significativamente a la evaluación de la salud cardiovascular.

En esta introducción, se explorará la importancia de la valoración del riesgo cardiovascular y las pruebas diagnósticas en el contexto de la salud cardiovascular. Se destacará la relevancia de estas acciones en la identificación de factores de riesgo y la detección temprana de condiciones cardiovasculares que podrían tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Además, se enfocará en el papel fundamental que desempeña el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la realización y optimización de estas pruebas diagnósticas, resaltando su experiencia técnica y su contribución al proceso de diagnóstico.

En un mundo donde las enfermedades cardiovasculares representan un desafío significativo para la salud pública, la colaboración interdisciplinaria y el enfoque en la prevención y el diagnóstico temprano son esenciales. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, con su conocimiento especializado y habilidades técnicas, se convierte en un eslabón crucial en la cadena de atención cardiovascular, asegurando la calidad de las imágenes, la comodidad del paciente y el éxito global de las pruebas diagnósticas.

En el siguiente análisis, exploraremos con mayor detalle las funciones y responsabilidades específicas del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la valoración del riesgo cardiovascular y la realización de pruebas diagnósticas, subrayando su impacto positivo en la atención médica y en la salud cardiovascular de la población.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos que se ejercen en el riesgo cardiovascular y las pruebas diagnósticas según el técnico superior en imagen para el diagnóstico

Objetivos Secundarios:

1. Exponer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el riesgo cardiovascular y las pruebas diagnósticas según el técnico superior en imagen para el diagnóstico

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y PEDro. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y agosto de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“Cardiovascular risk” OR “diagnostic tests”) AND (“diagnostic imaging technician” OR “senior diagnostic imaging technician”).

4 Resultados

La valoración del riesgo cardiovascular y la realización de pruebas diagnósticas son aspectos críticos en la evaluación de la salud cardiovascular de los pacientes. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel importante en este proceso al colaborar en la obtención y análisis de imágenes médicas que contribuyen a la identificación y seguimiento de condiciones cardiovasculares. A continuación, se abordará la valoración del riesgo cardiovascular y las pruebas diagnósticas desde la perspectiva de un Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

Valoración del Riesgo Cardiovascular: El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico puede contribuir a la valoración del riesgo cardiovascular de varias maneras:

1. Colaboración en estudios de imágenes: El técnico participa en la realización de estudios como ecocardiografías, tomografías computarizadas (TC) coronarias y angiografías, que proporcionan información valiosa sobre la anatomía y el funcionamiento cardiovascular.
2. Preparación del paciente: Asegura que los pacientes estén correctamente preparados para los estudios, siguiendo las instrucciones médicas y administrando contrastes u otros materiales según sea necesario.
3. Calidad de imágenes: La obtención de imágenes de alta calidad es esencial para una evaluación precisa. El técnico trabaja para garantizar la claridad y precisión de las imágenes.

Pruebas Diagnósticas Cardiovasculares: El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel fundamental en la realización de pruebas diagnósticas cardiovasculares:

1. Ecocardiografía: Realiza ecocardiogramas para evaluar la estructura y la función del corazón, incluyendo la medición de la función ventricular y el flujo sanguíneo.

2. Angiografía: Colabora en la obtención de imágenes de los vasos sanguíneos y arterias, permitiendo la detección de obstrucciones o estenosis.
3. Tomografía Computarizada Coronaria: Participa en la realización de estudios que evalúan la presencia de placas en las arterias coronarias, identificando la enfermedad arterial coronaria.
4. Resonancia Magnética Cardíaca: Ayuda en la obtención de imágenes detalladas del corazón y los vasos sanguíneos, permitiendo la evaluación de la función y la estructura cardíacas.
5. Pruebas de Estrés: Participa en pruebas de esfuerzo o pruebas de imagen durante el estrés, que ayudan a evaluar la función y el rendimiento del corazón bajo condiciones exigentes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido observar en nuestra revisión que, en conclusión, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico juega un papel vital en la valoración del riesgo cardiovascular y la realización de pruebas diagnósticas cardiovasculares. Su capacidad para obtener imágenes de alta calidad y su colaboración en la preparación del paciente son esenciales para proporcionar información precisa y valiosa al equipo médico, lo que contribuye directamente a la detección temprana, el diagnóstico preciso y la toma de decisiones informadas en la gestión de condiciones cardiovasculares. En conclusión, la valoración del riesgo cardiovascular y la realización de pruebas diagnósticas son aspectos cruciales en la atención de la salud cardiovascular. Estas acciones permiten identificar factores de riesgo, diagnosticar condiciones cardiovasculares y tomar decisiones informadas para el manejo y tratamiento adecuados. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico juega un papel indispensable en este proceso al colaborar en la obtención y análisis de imágenes médicas que proporcionan información valiosa para los médicos y especialistas en cardiología.

6 Bibliografía

1. Reiffel JA, Camm AJ, Belardinelli L, Zeng D, Karwatowska-Prokopczuk E, Olmsted A, et al. The HARMONY Trial: Combined Ranolazine and Dronedarone in the Management of Paroxysmal Atrial Fibrillation: Mechanistic and Therapeutic Synergism. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2015;8:1048–56, <http://dx.doi.org/10.1161/circep.115.002856>.

2. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a metaanalysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383:955–62, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62343-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62343-0).
3. Deitelzweig S, Farmer C, Luo X, Li X, Vo L, Mardekian J, et al. Comparison of major bleeding risk in patients with non-valvular atrial fibrillation receiving direct oral anticoagulants in the real-world setting: a network meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2018;34:487–98, <http://dx.doi.org/10.1080/03007995.2017.1411793>.
4. Cavallari I, Patti G. Meta-Analysis Comparing the Safety and Efficacy of Dual Versus Triple Antithrombotic Therapy in Patients With Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *Am J Cardiol*. 2018;121:718–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2017.12.014>.
5. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, BlomströmLundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42:373–498, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>.
6. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2018;39:1330–93, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehy136>.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Criterios y Recomendaciones Generales Para El Uso de Los Anticoagulantes Orales Directos (ACOD) En La Prevención Del Ictus y La Embolia Sistémica En Pacientes Con Fibrilación Auricular No Valvular. 2016, <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criteriosanticoagulantes-oraless.pdf>.
8. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37:2893–962, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>

Capítulo 365

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

MÓNICA MANZANARES MARTÍN

1 Introducción

La inteligencia artificial está cambiando el mundo y, más concretamente, la asistencia sanitaria. La inteligencia artificial lleva varios años ayudando en la lucha contra el cáncer de mama, incorporándose al diagnóstico y cribado por rayos X en diversos centros del país.

Se trata de una forma de aprendizaje mediante la cual la IA es capaz de internalizar miles de imágenes para luego distinguir y detectar lesiones sospechosas.

Es un software muy simple que solo requiere dos clics y compara la imagen que proporciona con miles de imágenes en una base de datos en un segundo y luego realiza un diagnóstico sospechoso.

Todos estos programas tienen una cosa en común: son programas sencillos, fiables y que apenas notarás, pero que han facilitado de forma especial el día a día de estos profesionales. Sin embargo, los profesionales enfatizan con razón que el software es una ayuda para ellos, pero de ninguna manera los reemplaza. La última decisión es del radiólogo correspondiente.

El sistema de inteligencia artificial es capaz de detectar patrones sutiles en el tejido mamario que los humanos no pueden reconocer, prediciendo así la probabilidad de desarrollar cáncer.

Este avance proporcionará un tratamiento personalizado y un seguimiento adaptado a las necesidades y riesgos específicos de cada paciente. Además, el modelo funcionó tanto para mujeres blancas como negras, eliminando las disparidades raciales en la detección del cáncer.

2 Objetivos

Exponer la utilización de la inteligencia artificial (IA) para detectar el cáncer de mama hasta 5 años antes de que ocurra.

3 Metodología

La metodología consiste en una búsqueda informacional, comparando varios de los artículos referidos en la bibliografía. He empleado una búsqueda de artículos científicos en los que definen la Inteligencia Artificial (IA) y exponen un estudio aplicado a los cánceres de mama.

4 Resultados

El papel de la inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico y el tratamiento personalizado del cáncer de mama fue uno de los temas clave debatidos en la 15ª edición anual de la Revista GEICAM de Avances en Cáncer de Mama (RAGMA22), celebrada en Madrid los días 28 y 29 de junio.

Una de las contribuciones más importantes en esta dirección es un nuevo modelo de evaluación del riesgo de cáncer de mama, MIRAI, desarrollado en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), que analiza las mamografías de una paciente y las compara con cientos de miles de mamografías. Se compara la historia del estudio y se predice el riesgo de sufrir cáncer de mama en los cinco años anteriores a la aparición de la enfermedad. Se probó en ocho países y logró una precisión notable en la identificación de pacientes de alto riesgo. A largo plazo, el experto espera que "la inteligencia artificial desempeñe un papel vital en la comprensión de los mecanismos de las enfermedades, la heterogeneidad de los tumores y las interacciones con el sistema inmunológico. Al mismo tiempo, los modelos de inteligencia artificial ya se utilizan en el desarrollo de fármacos y, entre otras cosas, el uso aumentará en los próximos años", afirmó. Para esta experta, uno de los principales desafíos en el diagnóstico y tratamiento de

pacientes con cáncer de mama está relacionado con la incertidumbre de las pacientes y familiares sobre el curso de la enfermedad y su respuesta a los planes de tratamiento propuestos. Los modelos de IA guiarán la investigación del cáncer de mama en la próxima década, ayudando a reducir la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad y la respuesta a los medicamentos y a adaptar los tratamientos a las condiciones de los pacientes.

Otra presentación de RAGMA 2022 reveló el gran potencial de las herramientas de inteligencia artificial para la evaluación del riesgo de cáncer de mama. Su equipo desarrolló un modelo para la detección del riesgo de cáncer de mama mediante tomosíntesis digital de mama (DBT), también conocida como mamografía 3D, que predice la probabilidad de que una persona tenga una prueba de detección negativa dentro de un año. Riesgo de diagnóstico de tumor de mama. Según la Dra. Erickson explica que las mamografías periódicas pueden detectar el cáncer de mama en forma temprana. Pero entre el 15% y el 25% de las veces estas pruebas no detectan ningún tumor, llamado carcinoma septal, y entre el 20% y el 30% de los tumores que se encuentran en las pruebas de detección están en una etapa avanzada, por lo que estos dos. Los pacientes de este grupo obtuvieron peores resultados que otros pacientes. Esta herramienta de detección de riesgos se utiliza actualmente en la práctica clínica en algunas unidades de detección en los Estados Unidos. Una herramienta de tomosíntesis digital basada en inteligencia artificial tiene como objetivo identificar a las mujeres con mayor riesgo de padecer cánceres en etapa avanzada e intermedia. Utiliza inteligencia artificial para extraer más información sobre el riesgo de una paciente basándose en mamografías periódicas. La mamografía DBT utiliza rayos X para tomar cortes en escala milimétrica desde múltiples ángulos para proporcionar una imagen en 3D para un examen de los senos más detallado. La precisión de la herramienta puede ayudar a los radiólogos a identificar mejor a los pacientes que pueden beneficiarse de pruebas de detección adicionales y ayudar a desarrollar protocolos de detección basados en el riesgo.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de los exámenes médicos identificó a 244 mujeres con cáncer en el grupo asistido por IA y otras 203 mujeres en el grupo de control. En otras palabras: cuando se incluyó el sistema de IA en el análisis, se diagnosticaron un 20 por ciento más de tumores. Con la ayuda de la IA, detectamos un 20 por ciento más de cánceres que la detección estándar (sin IA para la doble lectura). No hubo falsos positivos en ese 20 por ciento. Estos son casos confirmados de cáncer. Es

fantástico que la detección impulsada por IA no haya aumentado la cantidad de falsos positivos. La tasa de falsos positivos para todas las pruebas realizadas por ambos grupos fue similar: 1,5%.

Estas herramientas de inteligencia artificial se utilizan como ayuda de detección que puede resaltar hallazgos sospechosos en imágenes y pueden ayudar a los radiólogos a encontrar más cánceres que pueden haberse pasado por alto. La IA también se puede utilizar para clasificar las pruebas de detección en grupos de bajo y alto riesgo. Las pruebas clasificadas como de alto riesgo pueden alertar a los radiólogos sobre posibles neoplasias malignas sospechosas. Cuando los humanos y la inteligencia artificial se encuentran, se produce una sinergia.

6 Bibliografía

- Mouzo, J., Mouzo, J., & Mouzo, J. (2023, 1 agosto). Los cribados de cáncer de mama con apoyo de inteligencia artificial detectan un 20% más de tumores. El País. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2023-08-01/los-cribados-de-cancer-de-mama-con-apoyo-de-inteligencia-artificial-detectan-un-20-mas-de-tumores.html>
- CEICAM INVESTIGACION CANCER DE MAMA. (2022, 13 julio). <https://www.geicam.org/actualidad/ragma22-inteligencia-artificial-en-el-abordaje-del-cancer-de-mama>
- Images, G. (2023, 2 agosto). Cáncer de mama: la inteligencia artificial aumenta un 20% su detección. RTVE.es. <https://www.rtve.es/noticias/20230802/cancer-mama-inteligencia-artificial-aumenta-20-deteccion-cribados/2453245.shtml>

Capítulo 366

LOS DISTINTOS MEDIOS DE CONTRASTE QUE SE UTILIZAN EN RADIODIAGNÓSTICO

JOSEFA BONACHE VIVANCOS

1 Introducción

Los contrastes radiológicos son sustancias utilizadas en los estudios de diagnóstico por imágenes para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras del cuerpo. Los técnicos van a realizar una labor fundamental en el campo de la radiología, permitiendo mejorar la visualización de estructuras anatómicas y la detección de enfermedades.

Se explorarán los medios de contraste yodados, baritados, los contrastes basados en gadolinio y el dióxido de carbono, analizando sus características, los mecanismos de acción, la administración, las indicaciones clínicas y las posibles complicaciones.

Estos medios de contraste han mejorado el campo de la radiología dado que permiten una mejor visualización de las enfermedades, una identificación más concreta de las lesiones y una mejora a la hora de tomar decisiones relativas a la enfermedad.

Los medios de contraste radiológicos son bastante utilizados y seguros, pero existe la posibilidad de que haya efectos adversos tales como las reacciones alérgicas, los efectos nefrotóxicos o las alteraciones en la función tiroidea. Para evitar o intentar evitar estos efectos es necesario una correcta evaluación previa del paciente, incluyendo la identificación de alergias y las enfermedades preexistentes.

Además de estas indicaciones, es fundamental conocer las pautas de administración y de dosificación de los contrastes para minimizar los riesgos y garantizar un uso seguro de los medios de contraste radiológicos.

2 Objetivos

Explicar los distintos medios de contraste que se utilizan en radiología, detallando su uso, los tipos y las consideraciones clínicas a tener en cuenta.

3 Metodología

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

La radiología es una especialidad médica, la cual usa técnicas de imagen para el diagnóstico y el seguimiento de enfermedades. Para poder analizar bien las imágenes o visualizar estructuras anatómicas de forma clara se van a utilizar contrastes.

Los contrastes son sustancias que introducidas en el organismo humano por cualquier vía van a permitir resaltar o visualizar estructuras anatómicas normales.

Existen varios tipos de contrastes:

- Según la imagen que generen se clasifican en positivos o negativos. Los contrastes positivos son los que más atenúan los rayos X, tienen un número atómico elevado y son el Bario, el Yodo y el Gadolinio. Los contrastes negativos van a atenuar menos los rayos X, tienen un número atómico bajo y son el aire, el oxígeno y el dióxido de carbono.

- Según en que aparato radiológico se utilice se encuentran:

- 1.Bario: se utiliza en radiología convencional. Se administra en forma de sulfato de bario por vía oral o rectal. Se utilizan para estudios digestivos. Tiene efectos adversos que son la floculación, broncoaspiración, perforación intestinal, adherencia, granulomas, estreñimiento, diarrea, heces grises, entre otras.

2.Yodo: se pueden encontrar hidrosolubles (iónicos o no iónicos) y liposolubles. Los hidrosolubles iónicos se utilizan en exploraciones de vasos arteriales, urografías, cistoureterografías, histerosalpingografía, mielografías y colangiografía. Los medios yodados liposolubles se utilizan para la exploración del sistema linfático. Los medios de contraste yodados se utilizan en radiología convencional y la TC.

3.Gadolinio: es un contraste utilizado en resonancia magnética. Los efectos adversos que tiene el gadolinio son: cefalea, dolor, frialdad y quemazón en el sitio de la inyección, náuseas, vómitos y erupción cutánea.

Los medios de contraste se pueden administrar en el organismo de diversas formas:

- Administración oral: el sulfato de bario, aire, sales de yodo, hidrosolubles y agua. De esta forma, raramente presentan reacciones adversas serias.

- Vía rectal: se emplea el bario, yodo hidrosoluble, aire y agua. Los principales efectos son la incomodidad y el deseo defecatorio. Se administran en forma de enema para opacificar el colon.

- Vía vaginal: yodo hidrosoluble para la histerosalpingografía.

- Vía articular.

- Vía intratecal: así se administran los contrastes en las mielografías.

- Vía parenteral.

Es importante tener en cuenta la composición de los medios de contraste para su correcta administración.

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste son herramientas imprescindibles en radiología, dado que permiten una mejora a la hora de visualizar las imágenes y facilitan el diagnóstico de enfermedades. Es imprescindible que los radiólogos y otros profesionales de la salud estén familiarizados con los distintos tipos de contraste que hay, las indicaciones y contraindicaciones y los posibles efectos adversos que pueden tener para la salud del paciente. Antes de la administración de cualquier tipo de contraste es necesario realizar una evaluación de los antecedentes personales del paciente y tener en cuenta posibles alergias que contraindiquen la prueba con contrastes. Con estas indicaciones se garantiza un uso seguro y efectivo en la práctica clínica de los medios de contraste.

6 Bibliografía

Investigación, R. S. (2022, May 21). Los medios de contraste radiográficos. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-medios-de-contraste-radiograficos/>

Jesus, M. (2023, March 8). Los contrastes en radiología y su uso: ¿Qué es un contraste radiológico? Escuela IBQuaes; IBQUAES. <https://ibquaes.com/blog/ibquaes-contrastes-en-radiologia-y-su-uso/>

Kocak, M. (n.d.). Medios de contraste radiográfico. Manual MSD versión para público general. Retrieved August 29, 2023, from <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/pruebas-de-diagnostico-por-la-imagen-habituales/medios-de-contraste-radiografico>

Capítulo 367

RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL CEREBRAL EN PACIENTES CON ANOSMIA DE LARGA EVOLUCIÓN POR CAUSA DE COVID19 PARA TÉCNICOS EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANDREA SANZ QUERENCIAS

ANA CARLOS ÁLVAREZ

JULIA GARRIDO RAMOS

JACOBO DIAZ ALONSO

ALVARO CAÑADA SANCHEZ

1 Introducción

El principal síntoma de covid-19 es la pérdida de olfato y/o gusto. Muchos pacientes vuelven a tener este sentido, pero un porcentaje moderado no han podido recuperar el olfato, científicamente no se sabe por qué, por ello muchos profesionales investigan sobre este problema, para poder buscar un tratamiento o la causalidad de dicha patología tan inusual.

La resonancia magnética utiliza los átomos del paciente, los cuales absorben energía en forma de radiofrecuencia si estos están dentro de un campo magnético intenso, de esta forma se crean las imágenes del interior del cuerpo. La resonancia magnética utiliza los átomos de hidrógeno, los cuales excita enviando esta radiofrecuencia y se relajan emitiendo esta energía que es la que lleva la información al software de la resonancia.

Hay varias finalidades sobre estas pruebas funcionales dependiendo de la zona a explorar. Su función es buscar las regiones funcionales de nuestro cerebro, nos interesan las regiones donde se producen los procesos motores o del lenguaje.

Con el paso del tiempo esta técnica es de mayor utilidad, por ejemplo, en el planteamiento prequirúrgico con la finalidad de no alterar estas regiones motoras o que puedan afectar al desarrollo de nuestro lenguaje y poder tratar la lesión, evitando alteraciones de las mismas.

2 Objetivos

- Identificar los componentes anatómicos que causan la clínica de la anosmia por la enfermedad covid-19.
- Investigar la etiología de esta patología para poder dar solución.

3 Metodología

Para la propia realización del presente capítulo de libro se ha hecho una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente sobre las técnicas que se están utilizando para resolver por qué la gente que fue infectada por covid-19 perdieron el sentido del olfato y no lo volvieron a recuperar.

Se ha 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

Gracias a la resonancia magnética funcional podemos medir el flujo sanguíneo donde se tiene que dar la respuesta al sentido del olfato para poder analizar que ocurre para que los pacientes no desarrollen este sentido con normalidad.

Dentro de todas las exploraciones de resonancia hay un grupo de estudios llamados resonancias magnéticas funcionales, se trata en captar los cambios del flujo sanguíneo, las neuronas implicadas necesitan una mayor cantidad de oxígeno u energía, la hemoglobina es la encargada de abastecer todo el oxígeno necesario desde los pulmones hasta el cerebro, dependiendo de la zona del cerebro que esté usando el paciente, para estas pruebas es necesario la colaboración de este.

La resonancia utiliza secuencias para poder ver los diferentes tejidos de nuestro cerebro, cada secuencia nos aporta una información diferente, tenemos secuencias para poder visualizar la anatomía, para poder procesos inflamatorios, procesos hemorrágicos, donde se encuentren líquido extracelular... En el caso de la resonancia funcional nos permite obtener información sobre la irrigación de oxígeno a distintas partes de nuestro cerebro dependiendo de la parte la cual excitemos con estímulos externos (ejemplo, interpretar un diálogo...).

Para esta técnica necesitaremos estimular la región donde se produce el sentido del olfato, el cual reside en el techo de nuestras fosas nasales, justo entre los ojos. Gracias a los receptores olfativos se detecta los olores iniciando una cascada de señales en el cerebro.

El paradigma utilizado responde a un diseño de activación asociada a eventos (olor) en el que la duración de cada fase del ciclo es de 48 segundos en reposo absoluto (B) y 48 segundos en activación (A), de los cuáles 30 segundos corresponden con la introducción de un dispositivo oloroso y 18 segundos con el dispositivo oloroso retirado del paciente para el lavado olfatorio. Cada ciclo tiene una duración total de 96 segundos (1 minuto y 36 segundos) repitiéndose 4 veces con una duración total de la secuencia de adquisición de 6 minutos y 32 segundos.

5 Discusión-Conclusión

La investigación por resonancia magnética funcional demuestra que existen diferencias en la actividad cerebral en pacientes que presentan ausencia del sentido del olfato post infección de COVID-19.

Los pacientes con anosmia post-covid presentan diferencias funcionales en las áreas olfativas del cerebro y en la función de las áreas responsables del procesamiento cognitivo y sensorial, a diferencia del resto de personas que no han sido infectados por COVID-19.

Los profesionales, mediante imágenes funcionales e imágenes estructurales, compararon la conectividad funcional, la forma en que diferentes áreas del cerebro se comunican y coordinan su actividad durante la realización de una tarea o en reposo, la materia gris del cerebro, el flujo sanguíneo cerebral y la densidad de

materia gris, con o sin recuperación del sentido del olfato, con personas sin infección previa

Tras la investigación realizada se constata que las personas que no tienen el sentido del olfato presentan alteraciones en la conectividad entre diferentes áreas del cerebro

Existen determinadas áreas del cerebro que están trabajando en conjunto con mayor frecuencia y tienen un mayor flujo sanguíneo en determinadas áreas cerebrales, como: la ínsula izquierda, relacionada con el procesamiento emocional y la integración sensorial, el hipocampo, se encarga de la memoria y el aprendizaje y, el cíngulo posterior ventral, involucrado en la toma de decisiones y la regulación emocional.

El incremento en el flujo sanguíneo indica que el cerebro está compensando la falta de olfato, aumentando la actividad en estas áreas para ayudar en la percepción y el procesamiento de información relacionada con las emociones y la memoria, tratando de compensar la falta de olfato.

6 Bibliografía

1. Resonancia Magnética Funcional (RMf): principios y aplicaciones en Neuropsicología y Neurociencias Cognitivas (internet). En: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000200005.
2. Resultados del equipo de investigación sobre la anosmia post infección covid (internet). En: <https://www.libertaddigital.com/ciencia-tecnologia/salud/2023-05-01/has-perdido-el-olfato-con-el-covid-un-estudio-demuestra-que-el-virus-te-produjo-alteraciones-cerebrales-7009178/>.
3. Protocolo anosmia postcovid Hospital Universitario Toledo.

Capítulo 368

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PROSTATA

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARIBEL CRELGO HERRERO

MARÍA SABINO AMADO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ANA GARCÍA MARÍN

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que consiste en crecimiento descontrolado de células del cuerpo. El principal peligro de esta enfermedad, es que estas células pueden transferirse a otros órganos y extender así la enfermedad por otras áreas. El cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata crecen de una forma descontrolada y anormal. La próstata es una glándula exclusivamente masculina y su función es producir el líquido que conforma el semen.

Frecuentemente se puede diagnosticar el cáncer de próstata en fases iniciales gracias a principalmente dos pruebas: analítica donde se busque la presencia de antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal.

La prueba de elección para el diagnóstico precoz es una analítica donde estudian los valores de antígeno prostático específico (PSA) en sangre.

El examen mediante tacto rectal (examen digital del recto, DRE) es otra forma de realizar un diagnóstico precoz de esta patología. Para este examen, el médico

se coloca guantes y lubricante en las manos para posteriormente introducir un dedo en el ano del paciente y palpar así la glándula de la próstata.

Si los resultados de estas pruebas son anormales, se suelen requerir pruebas adicionales (como una biopsia de la próstata) para saber si un hombre tiene cáncer.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación radiológico para pacientes politraumatizado.
- Valorar la labor del servicio de radiodiagnóstico.
- Conocer las diferentes pruebas diagnósticas que se encuentran en el servicio de radiodiagnóstico de urgencia y el criterio de elección de cada una de ellas.

3 Metodología

El proceso empleado para la elaboración del presente capítulo se ha basado en una búsqueda sistemática de la evidencia a través de bases de datos electrónicas como American Cancer Society. Se ha complementado con la experiencia laboral como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico de los autores y coautores.

4 Resultados

En estas pruebas adicionales es donde los estudios por imágenes son de mayor utilidad. Entre las pruebas más realizadas destacamos: ecografía transrectal, resonancia magnética (RM), gammagrafía ósea, tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada.

La ecografía transrectal: para su realización se lubrica y coloca una pequeña sonda de aproximadamente un ancho de dedo en el recto del paciente. Esta sonda libera ondas de sonido que rebotan en la próstata y crean ecos. La sonda detecta los ecos y una computadora convierte las señales en una imagen en blanco y negro de la zona de exploración.

Generalmente el procedimiento dura unos 10 minutos y se puede realizar en el consultorio del médico o en una clínica ambulatoria. El procedimiento es prácticamente indoloro, lo único que siente el paciente es algo de presión durante la introducción de la sonda. Se puede adormecer el área utilizando anestésico local antes de realizar el procedimiento, para evitar estas molestias.

Esta técnica se utiliza en diferentes casos:

- Para inspección de la zona prostática en pacientes con un resultado anormal de la prueba de PSA. Es importante saber que altos niveles de PSA pueden estar relacionados con otros tipos de cáncer y no únicamente el de próstata.
- Durante la realización de una biopsia de la próstata para guiar las agujas al área de interés.
- Para medir el tamaño de la próstata.
- Como una guía durante algunos tratamientos determinados, como la braquiterapia (radioterapia interna) o criocirugía.

La resonancia magnética (RM) : en esta prueba diagnóstica se crean imágenes detalladas de los tejidos blandos en el cuerpo usando ondas de radio e imanes potentes. Las imágenes obtenidas son de alta resolución. Para mostrar mejor los detalles, se puede utilizar un contraste intravenoso, generalmente gadolinio.

La RM es la técnica de elección en determinados casos:

- Como guía para la biopsia de próstata.
- Si se descubre cáncer de próstata, se puede hacer una RM para determinar la extensión (etapa) del cáncer. Esta prueba permite observar si el cáncer se ha propagado fuera de la próstata hasta las vesículas seminales o a otras estructuras adyacentes. Esta información puede ser muy importante para determinar las opciones de tratamiento.

La gammagrafía ósea: principalmente usada para determinar si el tumor ha metastizado (diseminado a otras áreas). Una gammagrafía ósea puede ayudar a mostrar si el cáncer se extendió a los huesos.

Para este estudio, se inyecta una sustancia radioactiva vía intravenosa al paciente. El equipo de gammagrafía detecta radiactividad que queda almacenada en los huesos y crea una imagen del esqueleto.

La tomografía por emisión de positrones (PET): es parecida a una gammagrafía ósea pero el PET usa distintas sustancias intravenosas. La sustancia de rastreo más comúnmente utilizada es la FDG, un tipo de azúcar. Como las células del cáncer tienen un crecimiento anormal, requieren de mayor consumo de glucosa para llevar a cabo esta reproducción masiva. Este es el principio por el que funciona la prueba pero no es específico, por lo que si los resultados son positivos puede ser un cáncer pero no necesariamente de próstata.

La tomografía computarizada (TC): usa rayos X para producir imágenes transver-

sales del interior del cuerpo del paciente. Este estudio no se emplea con demasiado en cánceres de próstata recientemente diagnosticados sino para determinar si el cáncer de próstata se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. Las tomografías computarizadas son menos útiles que la RM para observar la glándula prostática. Las tomografías computarizadas no son tan útiles como las imágenes por resonancia magnética (MRI) para observar la glándula prostática.

5 Discusión-Conclusión

Si se encuentra cáncer de próstata en una etapa más temprana es más tratable que si se tarda más tiempo en detectarlo. En algunos casos, la enfermedad en su etapa inicial provoca en el paciente signos y síntomas notables que pueden hacer sospechar de la misma, pero no siempre es así.

Es indudable la gran labor que el servicio de radiodiagnóstico realiza, para poder diagnosticar rápidamente a este tipo de pacientes, permitiendo su evaluación precoz, facilitando la administración de un tratamiento y reduciendo drásticamente la mortalidad.

Actualmente, gracias a estas práctica clínica, la mortalidad de esta enfermedad está por debajo del 2%.

6 Bibliografía

1. (American Cancer Society, 2023)

Capítulo 369

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN SU CENTRO DE TRABAJO

JORGE MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

En la actualidad en la mayoría de centros sanitarios, ya sean hospitales, centro de salud o mutuas de trabajo, por ejemplo, se encuentran servicios de radiodiagnóstico, los cuales precisan de la imagen del técnico de imagen para el diagnóstico para un funcionamiento óptimo, por ello están formados en las más actualizadas técnicas para dar unos cuidados óptimos a los pacientes que visitan estos servicios y en ocasiones, a los familiares que los acompañan a realización de estas pruebas.

Aunque las imágenes sean analizadas por los médicos en cuestión para dar un diagnóstico se debe tener en cuenta que el que está en contacto directo con los pacientes que acuden al servicio es el técnico superior de imagen, el cual es el encargado de acoger al paciente en la mayoría de los casos, les explica la prueba a realizar, la posición a mantener o cualquier otra directriz previa a la realización de la prueba, y sirve de puente entre el paciente y el médico cuando este presenta algún tipo de duda, y todo ello desde un lenguaje adaptado al paciente en todo momento para su comodidad. Además de conocer todas las posibles complicaciones que puedan surgir de las pruebas realizadas, para que en caso de que aparezcan poder solventarlas de la manera más rápida y eficaz posible.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es conocer las diferentes funciones y obligaciones que tiene el técnico de imagen para el diagnóstico en su centro habitual de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los objetivos principales presentes en la labor del técnico de imagen superior para el diagnóstico se encuentran varios, los cuales se muestran a continuación, pero todos ellos están relacionados con la obtención de imágenes óptimas de las pruebas realizadas.

- Realizar a la primera la prueba exigida para evitar a reexposición del paciente a radiaciones, como a volver a colocar al paciente en posturas que en ocasiones pueden resultar incómodas para el mismo al tener que volver a realizar la captura de imágenes.
- Intentará impedir en la medida de lo posible que las imágenes salgan con artefactos que dan lugar a errores en el diagnóstico o que impiden que sea correcto. Estos artefactos cuando la máquina de rayos no se encuentran en óptimas condiciones, y es responsabilidad del técnico superior en imagen su mantenimiento y limpieza tras su uso, como las comprobaciones precisas cuando sea necesario según las indicaciones del equipo utilizado.

Aunque en un principio la primera idea que nos viene al pensar en una radiografía es el diagnóstico de una fractura o esguince, los equipos de imagen pueden valorar mucho más que eso, junto con la ayuda de los técnicos superiores de imagen, los médicos especializados en ello y las nuevas tecnologías presentes en los equipos utilizados.

La única dificultad que encontramos es comprobar la retirada de objetos metálicos que puedan portar los pacientes, como por ejemplo cinturones con la hebilla

metálica o las joyas, además de los piercing que en ocasiones pasan inadvertidos que pueden actuar también como artefactos en la placa de rayos, al igual que están contraindicadas en mujeres embarazadas y en algunos pacientes pediátricos si se pueden evitar, solo se realizarán cuando el beneficio sea superior al riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer cuáles son nuestras funciones principales y nuestras obligaciones como técnicos superiores en imagen para el diagnóstico para realizar nuestro trabajo de la forma más correcta posible, basándonos en la mejor evidencia científica en los procedimientos que realizamos sin poner en riesgo la salud de nuestros pacientes y compañeros. Por ello, es importante destacar para finalizar este capítulo, estar en constante formación, actualización de los conocimientos, como brindar ayuda a los nuevos compañeros que se incorporen para un equipo de trabajo eficiente y competente en los servicios de radiodiagnóstico de los centros sanitarios en los cuales nos encontremos.

6 Bibliografía

L.H. Ros Mendoza. Coronavirus and Radiology. Considerations on the crisis. Radiologia., 62 (2020), pp. 165-166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2020.04.001>

World Health Organisation (WHO). Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. WHO Interim Guid., (2020), pp. 1-2

Capítulo 370

ÚLCERAS POR PRESIÓN BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO SANITARIO

MONTSERRAT CUESTA ARIAS

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o escaras, son lesiones localizadas en la piel y los tejidos subyacentes que se desarrollan debido a la presión prolongada sobre áreas del cuerpo. Estas heridas son de especial preocupación en el ámbito de la salud, y desde la perspectiva del técnico sanitario, desempeñan un papel crucial en la prevención y el tratamiento de estas afecciones.

Como profesional de la salud, el técnico sanitario tiene la responsabilidad de colaborar estrechamente con el equipo médico para identificar a los pacientes que están en riesgo de desarrollar úlceras por presión y tomar medidas preventivas adecuadas. Esto implica la evaluación constante de los pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada, enfermedades crónicas o que se encuentran postrados en cama. El técnico sanitario debe estar atento a los signos iniciales de enrojecimiento y cambios en la piel, así como a las áreas de mayor presión, como los talones, los glúteos y los codos.

Además de la prevención, el técnico sanitario desempeña un papel fundamental en la educación de los pacientes y sus cuidadores sobre las prácticas de cuidado adecuadas para evitar la formación de úlceras por presión. Esto puede incluir la

enseñanza de técnicas de cambio de posición, el uso de almohadas y cojines de apoyo, así como la importancia de mantener una piel limpia y bien hidratada.

En situaciones donde las úlceras por presión ya están presentes, el técnico sanitario participa en la gestión de estas heridas, siguiendo protocolos específicos para su limpieza, curación y prevención de infecciones. Colabora con otros profesionales de la salud, como enfermeras y médicos, para garantizar un enfoque integral en el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

Se busca hacer que el lector adquiera una comprensión sólida sobre qué son las úlceras por presión, cómo se forman y cuáles son sus implicaciones para la salud de los pacientes. Esto incluye aumentar la conciencia sobre la importancia de prevenir y tratar adecuadamente estas lesiones.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha llevado a cabo búsquedas por bastantes vías, entre ellas internet y artículos basados en estos profesionales, en varias bases de datos y también como actividad profesional personal en este ámbito profesional. También se han consultado libros de oposiciones de auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito o escaras, son lesiones cutáneas que se desarrollan cuando la presión prolongada sobre una determinada área del cuerpo interrumpe el flujo sanguíneo y daña los tejidos. Estas úlceras suelen afectar a personas con movilidad limitada, como aquellas que están postradas en cama o en sillas de ruedas durante períodos prolongados. Aquí tienes información relevante sobre úlceras por presión:

1. Prevención de úlceras por presión: La prevención es esencial para evitar la formación de úlceras por presión. Esto incluye cambiar de posición regularmente, mantener una buena higiene de la piel, usar colchones y cojines adecuados, y mantener una nutrición adecuada para promover la salud de la piel.

2. Etapas de las úlceras por presión: Las úlceras por presión se clasifican en diferentes etapas según la gravedad de la lesión. Las etapas van desde la etapa 1, donde la piel presenta enrojecimiento y no blanquea al ser presionada, hasta la etapa 4, donde se daña profundamente la piel y los tejidos subyacentes.

3. Tratamiento de úlceras por presión: El tratamiento varía según la etapa de la úlcera. Puede incluir cambios de posición, uso de apósitos y vendajes especiales, limpieza adecuada de la herida y, en casos graves, cirugía para eliminar tejido dañado.

4. Factores de riesgo: Algunos factores que aumentan el riesgo de desarrollar úlceras por presión incluyen la inmovilidad, la desnutrición, la edad avanzada, la falta de sensibilidad en ciertas áreas del cuerpo y condiciones médicas subyacentes que afectan la circulación.

5. Cuidado adecuado: Proporcionar un cuidado adecuado a las personas en riesgo es crucial para prevenir úlceras por presión. Esto incluye cambiar de posición regularmente, mantener la piel limpia y seca, usar almohadillas y colchones adecuados, y monitorear constantemente la piel en busca de signos de daño.

6. Investigaciones y avances: A lo largo de los años, ha habido avances en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Desde el desarrollo de nuevos materiales para apósitos hasta enfoques más avanzados en el cuidado de heridas, la investigación continúa en busca de métodos más efectivos para abordar este problema.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las úlceras por presión son lesiones cutáneas que resultan de la presión prolongada sobre áreas específicas del cuerpo, interrumpiendo el flujo sanguíneo y dañando los tejidos. La prevención juega un papel crucial en evitar su aparición, mediante medidas como cambios de posición regulares, higiene adecuada de la piel y la utilización de superficies de descanso adecuadas. Si se desarrollan úlceras por presión, el tratamiento varía según la gravedad de la lesión, involucrando cuidados específicos, apósitos y en casos severos, cirugía.

Es fundamental comprender los factores de riesgo, como la inmovilidad y la desnutrición, y prestar atención al cuidado adecuado para las personas en riesgo. Los avances en investigación han llevado al desarrollo de mejores enfoques en la prevención y el tratamiento de estas úlceras, mejorando la calidad de vida de

quienes las padecen. Sin embargo, siempre se recomienda buscar asesoramiento médico para abordar cualquier preocupación relacionada con las úlceras por presión y tomar medidas preventivas para mantener la salud de la piel y el bienestar general.

6 Bibliografía

1. "Úlceras por Presión: Manual para Atención y Prevención"

Autores: R. Sánchez, M. Rodríguez

Año: 2013

2. "Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión"

Autores: L. Barrios, E. Sierra, C. Rodríguez

Año: 2015

Capítulo 371

EL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RECEPCIÓN DEL PACIENTE E INTERPRETACIÓN DE LA SOLICITUD EN RESONANCIA MAGNÉTICA

MARTA HERNANDEZ PARDO

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

CARLOS BENITA COTILLAS

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

1 Introducción

Cuando llega un paciente a una sala de resonancia magnética se rellena un consentimiento informado en el cual le explicamos que la resonancia magnética es un método de exploración para obtener imágenes anatómicas del interior del cuerpo, utilizando para ello un potente imán y ondas de radiofrecuencia.

La resonancia magnética es segura, ya que para obtener imágenes no se utilizan Rayos X, ni otras radiaciones ionizantes. Las investigaciones realizadas hasta ahora, demuestran que la resonancia magnética, no produce daño al ser humano.

También le explicamos como va a ser la exploración con resonancia magnética especificando que va a ser colocado sobre una camilla y la parte del cuerpo a la que hay que hacerle la prueba se colocara en el imán recubierto por una antena receptora de radiofrecuencia. Le explicaremos que notará un ruido que le indicará que la prueba se está realizando y, por tanto, es muy importante, que durante ese tiempo permanezca totalmente quieto, ya que de lo contrario habría que repetir o anular la prueba porque las imágenes saldrían borrosas debido al movimiento. No notará ningún dolor ni molestia. En todo momento podrá comunicarse con el personal técnico, así mismo los técnicos podrán hablarle para transmitirle instrucciones sobre la exploración que se le está realizando. La exploración dura entre 20 y 50 minutos.

2 Objetivos

- Detallar la anamnesis que se le debe hacer al paciente para poder realizar la prueba de resonancia magnética con la mayor seguridad posible.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda minuciosa en páginas de internet y bases de datos tales como: PubMed, Radiologyinfo, Seram y Sciene.

También se han consultado libros y apuntes con el fin de encontrar la mayor evidencia científica posible.

4 Resultados

Antes de realizar una resonancia magnética a cualquier paciente, el técnico de imagen para el diagnóstico es el principal encargado de recopilar la máxima información de este para poder llevar a cabo la prueba. Lo primero que hacemos es tomarle datos personales y hacerle una serie de preguntas tales como:

- ¿Tiene alergias conocidas?
- ¿Se ha realizado previamente otro estudio de resonancia magnética?
- ¿Alergias conocidas?
- ¿Intervenciones quirúrgicas?
- ¿Prótesis, implantes o cirugías dentales?
- ¿Posibilidad de embarazo?

- ¿Enfermedades graves?

-¿Motivo de la prueba?

Una vez que tenemos todos estos datos procedemos a leerle una serie de elementos para que nos confirmen si tienen algo de lo nombrado y en caso de que así sea valorar por nosotros mismos o informando al médico radiólogo si podemos hacerle el estudio. Dichos elementos son: marcapasos, clip cerebrales, clip aórticos, clips carotídeos, electrodos, prótesis articulares, placas o tornillos óseos, dentadura postiza, perdigones/metralla, holter implantable subcutáneo, implantes cocleares (oído interno), catéteres, neuroestimuladores, válvulas cardiacas, bombas de inyección de medicamentos, audífonos, DIU metálico, grapas fliashie (ligadura de trompas), suturas metálicas, stent, tatuajes, desfibriladores, implantables cardioversores (IDC), sujetadores vasculares metálicos...

Una vez el técnico de imagen para el diagnóstico ha comprobado que el paciente es compatible para la realización de la resonancia magnética, procederemos a que firme el consentimiento informado. Si por alguna razón el paciente se niega a firmar el consentimiento informado, nos podremos negar a realizarle la prueba. Es muy importante que el paciente conozca en que consiste la prueba al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. Por lo que tienen que leer muy bien el consentimiento informado y consultar con el personal del centro todas las dudas que se le planteen.

5 Discusión-Conclusión

En muchos centros de resonancia magnética la recepción del paciente la realizan los mismos técnicos de imagen para el diagnóstico y esta primera toma de contacto con el paciente es una parte muy importante de la prueba, ya que permite conocer posibles incompatibilidades con la misma, que en muchas ocasiones mandan los propios médicos.

Tras la investigación realizada, se constata que es el técnico de imagen para el diagnóstico el que debe de asegurarse que el paciente pueda realizarse la prueba. Se destaca la importancia de que hay marcapasos compatibles con resonancia magnética, pero en ese caso deben de traer autorización por parte del cardiólogo para poder hacer la prueba.

6 Bibliografía

1. <http://www.rm cuerpo.net/inicio.htm>

Capítulo 372

EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LAS PRINCIPALES PRUEBAS PARA SU DIAGNÓSTICO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ANA GARCÍA MARÍN

MARIBEL CRELGO HERRERO

ELVIRA ZAMORANO BARROSO

MARÍA SABINO AMADO

1 Introducción

El tromboembolismo pulmonar, también conocido como TEP, consiste en una obstrucción del flujo sanguíneo arterial pulmonar por producirse un embolismo de un coágulo de sangre en un vaso sanguíneo de los pulmones.

En muchos casos existe más de un coágulo, con lo cual las partes del pulmón que no pueden ser nutridas por dichas arterias mueren. Esto es conocido como infarto pulmonar, y hace que para los pulmones sea más difícil suministrar oxígeno al resto del cuerpo.

El TEP (tromboembolismo pulmonar) es una patología de alta morbilidad y mortalidad que se presenta en un amplio rango de pacientes. Una vez que se diagnostica

esta enfermedad se debe de establecer el riesgo de mortalidad, que normalmente suele ser por la disfunción aguda del ventrículo derecho.

Aquellas personas que padecen un TEP pueden darse cuenta por su estado físico y anímico, ya que esta enfermedad tiene unos síntomas característicos, además existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerla, los cuales veremos más detenidamente a continuación.

Son varias pruebas las que sirven para diagnosticar esta enfermedad, se puede ver mediante parámetros clínicos de laboratorio, estudios ecográficos o tomográficos. Actualmente, el método más empleado para ser diagnosticada es mediante la angiotomografía de tórax.

2 Objetivos

- Conocer los principales factores de riesgo y síntomas de un TEP
- Descubrir que pruebas sirven para diagnosticar esta enfermedad y en qué consisten

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 Tromboembolismo pulmonar es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. El análisis siempre debe comenzarse por la probabilidad clínica, basándose en los principales factores de riesgo.

Hay varios factores que aumentan la probabilidad de padecer un tromboembolismo pulmonar como son:

- No moverse por períodos prolongados de tiempo: por este motivo, aunque puede complicarse la enfermedad a cualquier edad, suele ser peor y más habitual en pacientes postoperados, oncológicos o embarazadas
- Edad: es mucho más probable a partir de los cuarenta años de edad

- Antecedentes familiares: se han encontrado decenas de mutaciones genéticas que pueden influir en la probabilidad de sufrir un TEP
- Sexo: se ha visto que las mujeres son más propensas a sufrir un TEP antes de la menopausia. Tras ella, la probabilidad de presentar un TEP es mayor en los hombres
- Afecciones médicas: trastornos de coagulación de la sangre, obesidad, presión arterial alta, diabetes, cáncer, entre otras

Por otro lado, hay forma de prevenir la presencia de coágulos de sangre ante algunos de estos factores de riesgo. Permanecer en movimiento para que circule la sangre, tomar medicación anticoagulante para que la presión de la sangre sea más suave y no se coagule, aplicar presión mediante medias de compresión o no consumir alcohol.

Los principales síntomas para darse cuenta de que el paciente está sufriendo un TEP son principalmente la falta de aire, dolor en el pecho o incluso pueden llegar a desmayarse, además de sensación de desvanecimiento, fiebre, cianosis o latidos del corazón rápidos e irregulares.

Para poder diagnosticar esta enfermedad, como hemos comentado anteriormente, existen varias pruebas.

- Análisis de sangre, mediante el cual se miden las sustancias presentes en la misma, una de ellas es el dímero D, que participa en la descomposición de los coágulos, por lo tanto, de haber un alto nivel de ella significará una mayor probabilidad de que se formen dichos coágulos sanguíneos. Además, con esta prueba también se quiere controlar los niveles de oxígeno en sangre, si existiese algún coágulo presente este reduciría el nivel de oxígeno.

Las demás pruebas se realizan según el orden con que las pida el médico responsable.

- Radiografía de tórax: se utiliza esta prueba para descartar que existan otro tipo de afecciones con síntomas similares. En esta prueba se puede ver o bien un tórax “normal” es decir, sano, o se puede presentar signos inespecíficos, como derrame pleural, atelectasias laminares o una elevación del diafragma. Respecto a la imagen se puede ver que estamos ante un TEP por algunos signos específicos, algunos de ellos son: el signo de Palla (amputación de la arteria pulmonar), el signo de Westermarck (se forma un triángulo de oligohemia focal con base pleural y vértice hacia el hilio pulmonar) o la joroba de Hampton (opacidad de la base pleural). Aunque se presentan en un porcentaje mínimo de pacientes.

- Angiografía pulmonar por tomografía computarizada: Se realiza mediante el

CT, el cual proporciona imágenes reconstruidas en 3D mediante cortes axiales hallados anteriormente. En el caso de que el diagnóstico sea un TEP nos permite observar el fallo en el llenado de alguna rama pulmonar debido a un trombo o amputación de alguna arteria en el pulmón. Además de poder indicar si hay algún otro tipo de anomalía al observar el paso del contraste intravenoso, como puede ser el flujo retardado o el impedimento del paso del contraste. Un inconveniente de esta prueba es el caso de sufrir insuficiencia renal, puesto que limita a la administración del medio de contraste.

- Gammagrama de ventilación/perfusión: es una prueba de Medicina Nuclear la cual tiene dos fases:
- Perfusión: Se administra por vía intravenosa un radiofármaco, Tecnecio 99, el cual se fijará a los capilares pulmonares, en el caso de haber obstrucción la fijación será menor, mostrando un defecto de perfusión conocido como “zona fría”
- Ventilación: se administra un marcador, pero en este caso en estado gas, como pueden ser el Xenón133 o Tc99 en aerosol, en este caso lo que se indicará son las zonas en la que la ventilación se ha visto disminuida

En el caso de diagnosticar TEP se verían zonas frías en la fase de perfusión combinadas con áreas de ventilación normal en la fase de ventilación. Esta prueba fue durante muchos años la principal para el diagnóstico del TEP; sin embargo, ahora se ha sustituido por la angiotomografía.

Ecocardiograma: Esta prueba se realiza mediante un ecógrafo, pero no tiene un porcentaje de sensibilidad al 100%, sino que es utilizada para identificar algunos signos que coinciden con la patología de TEP como son la dilatación ventricular, la hipertensión arterial, una sobrecarga en el ventrículo derecho, así como trombos o fallos en el llenado de las arterias. Pero se descarta siempre ser diagnosticado como TEP si no encuentran datos de sobrecarga del ventrículo derecho.

- Angiografía pulmonar: se utiliza para ver el flujo sanguíneo a través de los pulmones, y de este modo controlar si hay coágulos de sangre. El paciente deberá colocarse en la mesa de rayos x, y tras la administración de una anestesia local en la zona del brazo o la ingle, el radiólogo mediante una pequeña incisión introducirá un catéter, que se llevará hacia las cámaras derechas del corazón y la arteria pulmonar, de esta zona puede ver las imágenes en vivo. A continuación se inyecta un medio de contraste viendo así el flujo del tinte, o, por el contrario, si encuentran algún tipo de coágulo que impida el paso de este.

5 Discusión-Conclusión

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en la población, aunque se da en una alta probabilidad, puede llegar a ser difícil de diagnosticar. Es por ello que el médico encargado deberá estudiar los antecedentes del paciente en ese momento para ver si puede estar frente a esta enfermedad o no.

De igual manera, mandará diversas pruebas para hallar un diagnóstico en el menos tiempo posible. Como hemos podido comprobar, aunque existe variabilidad de pruebas para la detección del TEP, hay una que es a día de hoy la más usada, la angiografía pulmonar por tomografía computarizada.

Las demás pruebas no son tan útiles como para diagnosticar, sino más para descartar algunas otras anomalías con síntomas parecidos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 373

IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

1 Introducción

El servicio de Medicina de Urgencias es una rama de la medicina que es crucial en nuestra sociedad, ya que se encarga de aportar atención especializada y rápida a pacientes que requieren atención médica urgente. En este contexto es muy importante el trabajo en equipo de los diferentes profesionales de la salud que participan en él, como médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, siendo fundamental la coordinación multidisciplinar.

La característica básica del servicio de urgencias es su disponibilidad las 24 horas del día durante los 7 días de la semana. Los médicos, enfermeras y auxiliares deben estar alerta durante todo el día y preparados para atender cualquier urgencia que pueda acontecer.

Su objetivo principal es conseguir una primera estabilización del paciente, para después iniciar si es posible un tratamiento personalizado, pudiendo para esto contactar y apoyarse en otros profesionales especialistas en la patología que padece el enfermo.

El servicio de medicina de urgencias requiere de un enfoque multidisciplinar, donde los médicos de urgencias trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas médicos (como traumatólogos, cirujanos y radiólogos) y con enfermeros y auxiliares, para proporcionar una atención holística. Además, el equipo de urgencias debe estar preparado para tomar decisiones rápidas y precisas, ya que las vidas de los pacientes pueden depender de ello.

La eficiencia y la capacidad de una atención rápida son aspectos cruciales en el servicio de medicina de urgencias. Los protocolos y la organización adecuada son fundamentales para asegurar una atención de calidad en el menor tiempo posible.

En resumen, el servicio de medicina de urgencias desempeña un papel vital en nuestro sistema sanitario. Los sanitarios que trabajan en este entorno brindan atención veloz, especializada e integral a los pacientes, asegurando en primer lugar su estabilización y, posteriormente, una derivación adecuada.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué es el servicio de Medicina de Urgencias.
- Describir las funciones y responsabilidades del auxiliar de enfermería en este servicio.
- Mostrar la importancia de la figura de la auxiliar de enfermería en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el servicio de traumatología y qué funciones e importancia tiene el celador en él.

Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

Únicamente se han revisado trabajos posteriores al año 2015 y que sea de lengua castellana para facilitar la comprensión de estos.

4 Resultados

En este trabajo se enumeran y explican cuáles son las principales funciones y responsabilidades de las auxiliares de enfermería en el servicio de Medicina de Urgencias.

El papel de las auxiliares es importante en este servicio, ya que sus principales tareas son:

- En primer lugar, el auxiliar de enfermería es la persona que se ocupa de recibir y registrar al paciente en su llegada a la puerta de urgencias. Así, se encarga de obtener información básica sobre el motivo de la visita, los antecedentes médicos y cualquier síntoma relevante. En algunos hospitales, además, se encarga de tomar las constantes vitales del paciente (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, ...)
- Otra función del auxiliar es ayudar al resto de profesionales a la hora de preparar al paciente para diversos procedimientos médicos. Ejemplo de estas funciones son: asegurarse de que las habitaciones estén limpias y equipadas con los suministros necesarios, así como brindar apoyo psicológico a los pacientes y explicarles los procedimientos que se van a realizar en cada momento. De esta forma, durante los diferentes procesos y pruebas a los que se somete el paciente, el auxiliar de enfermería asiste al personal médico, asegurando la disponibilidad de los instrumentos y materiales necesarios, realizando labores de suministro y esterilización. También puede colaborar en la administración de fármacos, siempre siguiendo las instrucciones de los médicos y enfermeras.
- La presencia de las auxiliares también es importante a la hora del cuidado y seguimiento de los pacientes. Esto implica ayudar con las actividades básicas de la vida diaria (ir al baño, comer, asearse, ...). En caso de detectar cualquier anomalía en el comportamiento y la capacidad del paciente, el auxiliar debe notificarlo al resto del personal sanitario.

En resumen, un auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias tiene numerosas funciones, todas ellas encaminadas a proporcionar un cuidado de calidad a los pacientes que se encuentran en dicho servicio, siempre colaborando con el resto del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se constata que el auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en el servicio de urgencias debido a su importancia en la atención y el cuidado de los pacientes en situaciones que pueden llegar

a ser de riesgo vital. Su presencia y colaboración con el resto de profesionales permiten asegurar un correcto abordaje del enfermo.

El auxiliar de enfermería es importante desde el mismo momento en el que el paciente llega al servicio de urgencias (registro, recoger información básica, ...), y lo es también durante toda su estancia en el mismo, realizando tareas vitales como la preparación de los mismos para procedimientos médicos, la administración de medicamentos y el seguimiento del estado de los pacientes. También es de destacar el acompañamiento y apoyo psicológico que pueden prestar al paciente y sus familiares.

6 Bibliografía

1. Torres-García, JJ, & Alcalá-Cerra, G. (2019). Rol del auxiliar de enfermería en la unidad de urgencias: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 29(4), 238-242.
2. Cuesta-Ballesteros, S., & García-Moncó, JC (2017). Competencias de los auxiliares de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(2), 87-94.
3. Gómez-Castro, BA, & Delgado-Suárez, JF (2020). Percepción del paciente sobre el rol del auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 98-108.
4. Asamblea Nacional de Rectores (Perú). (2017). Perfil ocupacional del auxiliar de enfermería en el servicio de emergencia. Lima: Autor.
5. Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2018). Funciones y competencias del auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias: revisión integrativa. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 11(3), 44-53.

Capítulo 374

FUNCIONES E IMPORTANCIA DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE DISCAPACIDAD PSÍQUICA

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

1 Introducción

Un centro para discapacitados mentales es un tipo de institución que atiende y atiende a personas que tienen enfermedades mentales o discapacidades intelectuales. Estos centros desempeñan un papel fundamental para la sociedad, ya que permiten fomentar el crecimiento personal, social y emocional, y consiguen elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad mental y psíquica.

De esta forma, en una instalación para discapacitados mentales, cada persona recibe un enfoque completo y personalizado. Los servicios prestados pueden incluir programas de evaluación y diagnóstico, rehabilitación y terapia ocupacional, atención médica y psicológica, educación especializada, actividades recre-

ativas y de esparcimiento modificadas, así como programas de inserción laboral y capacitación vocacional.

Como ya hemos dicho, estas instalaciones garantizan un entorno seguro y alentador con el objetivo principal de promover la autonomía y el bienestar de las personas con discapacidades mentales. Se consigue así mejorar sus habilidades sociales y fomentar su integración en la comunidad para maximizar su capacidad funcional.

Estos centros están formados por equipos interdisciplinares de profesionales sanitarios, entre los que podemos encontrar: enfermeras, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y, por supuesto, auxiliares de enfermería. Todos estos profesionales se encargan de llevar a cabo planes de atención individualizados, teniendo en cuenta los requisitos únicos de cada persona.

En resumen, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual o trastornos mentales, un centro para discapacitados mentales ofrece servicios integrales y especializados. Su estrategia se centra en fomentar la autonomía de las personas a las que sirve, al mismo tiempo que promueve el crecimiento personal y la inclusión social.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué es un centro de atención a discapacitados psíquicos.
- Describir las funciones y responsabilidades de los auxiliares de enfermería en estos centros.
- Poner en valor la importancia de la figura del auxiliar de enfermería en estos centros.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el tema de este trabajo. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico. Únicamente se han revisado trabajos posteriores al año 2015 y que sea de lengua castellana e inglesa para facilitar la comprensión de estos.

4 Resultados

En un centro para personas con discapacidad mental, un auxiliar de enfermería es esencial porque apoya y cuida directamente a las personas que tienen discapacidades intelectuales o enfermedades mentales. Sus principales funciones se centran en ayudar en el cuidado diario, ofrecer apoyo emocional y participar en la rehabilitación de los pacientes. Algunas de las responsabilidades principales de un auxiliar de enfermería se enumeran a continuación:

- Cuidado personal:

El auxiliar de enfermería ayuda a los pacientes con las tareas básicas diarias como vestirse, alimentarse e higienizarse. Esto incluye ayudar a los pacientes a mantener una buena nutrición e higiene personal.

- Administración de medicamentos:

Trabajando bajo la dirección del personal de enfermería, el asistente de enfermería puede ayudar a administrar medicamentos a los pacientes, asegurándose de que se cumplan las dosis y los tiempos recomendados. Además, es responsable de documentar y reportar cualquier reacción negativa o efecto secundario.

- Ayuda en la monitorización de constantes:

La presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura son solo algunos de los signos vitales que el auxiliar de enfermería controla y registra para el paciente. Esto ayuda a realizar un seguimiento del estado de salud de los pacientes y detectar cualquier cambio que pueda requerir atención médica.

- Apoyo a la rehabilitación:

El auxiliar de enfermería trabaja con el equipo terapéutico para poner en marcha los planes de rehabilitación de los pacientes. Esto podría implicar ayudar con actividades recreativas adaptativas, ejercicios de movilidad, estimulación sensorial y terapias ocupacionales.

- Observación y notificación de cambios clínicos:

El auxiliar de enfermería presta mucha atención a los cambios físicos y psicológicos de los pacientes y los informa al personal de enfermería. Esto implica buscar indicios de enfermedad, problemas emocionales o cualquier otro cambio pertinente en la condición del paciente.

- Apoyo emocional:

Los asistentes de enfermería ofrecen apoyo emocional a los pacientes al establecer una relación y ser una presencia amable y comprensiva. Esto puede aliviar la ansiedad, mejorar la comunicación y aumentar la autoestima de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, podemos decir que el papel de un auxiliar de enfermería en un centro de discapacitados psíquicos es fundamental. La importancia de un auxiliar de enfermería en un centro para discapacitados mentales radica en su función crucial en el cuidado del paciente.

Sus principales funciones son: ayudar a las personas con discapacidad intelectual o enfermedades mentales con las tareas diarias, administrar medicamentos, controlar sus signos vitales y brindar apoyo emocional.

Así, para asegurar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, su presencia y dedicación son cruciales. Solo de esta forma se consigue un entorno seguro y alentador que ayuda a los pacientes a sentirse cómodos y comprendidos.

Por último, destacar que su experiencia es esencial para brindar una atención completa e individualizada que fomente la autonomía del paciente y la participación activa en su propio cuidado.

6 Bibliografía

1. Camacho, I., Pons, R., & Grau, A. (2018). The Role of Nursing Assistants in Psychiatric Care: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 447-461.
2. Echevarría, M. C., & Alarcón, A. M. (2020). Functions and Competencies of the Nursing Assistant in the Care of People with Intellectual Disabilities: A Literature Review. *Enfermería Global*, 19(2), 309-328.
3. Cerrato-Gallego, D., & Rodríguez-López, M. (2019). The Role of the Nursing Assistant in the Care of People with Intellectual Disabilities. *Revista de Enfermería e Investigación*, 42(3), 45-52.
4. Leal, A., Cabezón, Á., & Carro, J. (2020). Functions of the Nursing Assistant in the Care of People with Intellectual Disabilities in Residential Settings: A Qualitative Study. *Revista de Enfermería e Investigación*, 43(2), 73-82.
5. Parra, M. L., Oliveros, E. A., & Tavera, M. C. (2021). Competencies of Nursing Assistants for the Care of People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *Enfermería Global*, 20(1), 314-340.

Capítulo 375

IMPORTANCIA Y FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

JAVIER TALAVERA GARCIA

VERÓNICA CUARTERO ESCRIBANO

GLORIA MARÍA MORENO GALAN

FERNANDO REDONDO MORENO

CARMEN RUS MENESES GARVI

1 Introducción

Comenzaremos definiendo y dejando claro en qué consiste un servicio médico de traumatología, así como los profesionales sanitarios que participan en el mismo y los procesos que se llevan a cabo. La traumatología es una especialidad de la medicina que se encarga del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y trastornos del sistema músculo-esquelético.

De esta manera, el servicio de traumatología desempeña un papel fundamental en el tratamiento de lesiones osteomusculares y los traumatismos. Sus funciones principales incluyen el diagnóstico y tratamiento de fracturas óseas, luxaciones, lesiones ligamentarias y musculares. Además, se encarga de la estabilización y

atención inicial de pacientes politraumatizados, esto siempre en consonancia con otros especialistas médicos. El servicio de traumatología se encarga también de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos, así como la rehabilitación y el seguimiento de pacientes en recuperación. Su objetivo es proporcionar cuidados especializados y multidisciplinarios para restaurar la función y mejorar la calidad de vida de los pacientes traumatológicos.

Como ya sabemos, el servicio de traumatología está formado no solo por los médicos especialistas en traumatología, sino por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios, entre los que podemos encontrar a enfermeras especializadas, auxiliares de enfermería y celadores. Estos profesionales trabajan en estrecha consonancia para poder garantizar un cuidado holístico a estos pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué es el servicio de traumatología.
- Describir las funciones y responsabilidades del auxiliar de enfermería en este servicio.
- Poner en valor la importancia de la figura de las auxiliares de enfermería en el servicio de traumatología.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y centrada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros científicos publicados sobre el tema tratado. Esta búsqueda se ha realizado en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Cuiden y Google Académico.

Únicamente se han revisado trabajos posteriores al año 2015 y que sea de lengua castellana e inglesa para facilitar la comprensión de estos.

4 Resultados

Un auxiliar de enfermería que trabaja en un servicio médico-quirúrgico de traumatología desempeña un papel fundamental en la atención y el cuidado de los pacientes que han sufrido lesiones músculo-esqueléticas o traumatológicas. Su función principal es trabajar en estrecha relación con el personal médico y de enfermería en la prestación de cuidados holísticos a estos pacientes.

A continuación, vamos a enumerar y describir algunas de las importantes actividades de un auxiliar de enfermería en este entorno:

- Asistencia en la movilización y el traslado de pacientes:

Esta actividad se realiza, como muchas otras, en conjunto con los compañeros celadores del hospital. De esta forma, los auxiliares de enfermería ayudan en la movilización de los pacientes traumatológicos, tanto en la transferencia (cambios de posición, ...), como en la deambulaci3n y transporte de un lugar a otro (camasill3n, transporte de un servicio a otro, ...).

- Preparaci3n y apoyo durante los procedimientos y medicamentos:

El auxiliar de enfermería se encarga de apoyar al personal de enfermería en la preparaci3n de fármacos, facilitando el trabajo a los compañeros enfermeros a la hora de la administraci3n de la medicaci3n, que es una parte fundamental del cuidado y tratamiento del paciente. De igual manera, colabora con el resto de compañeros sanitarios para preparar al paciente para realizar diversos procedimientos que se realizan en este servicio (colocar escayolas, realizar una cirugía, ...)

- Control de signos vitales:

Los auxiliares de enfermería, junto con las enfermeras, se encargan de tomar las constantes vitales del paciente (presi3n arterial, la frecuencia cardíaca, la temperatura y la saturaci3n de oxígeno). Esto ayuda a monitorizar el estado de salud de los pacientes y detectar cualquier anomalía que provoque la descompensaci3n del paciente.

- Cuidado b3sico de heridas:

Otra funci3n que los auxiliares de enfermería comparten con el personal de enfermería: esto incluye limpiar y vendar heridas, aplicar medicamentos t3picos seg3n las instrucciones del personal médico y realizar cambios de apósitos de manera adecuada.

5 Discusi3n-Conclusi3n

Tras la investigaci3n realizada para este trabajo, queda claro que el papel de un auxiliar de enfermería en el servicio de traumatología es crucial. Estos profesionales brindan apoyo directo al personal médico y de enfermería, colaborando en el transporte de pacientes, preparando la medicaci3n y asistiendo durante los procedimientos médico-quir3rgicos, monitorizando constantes vitales y proporcionando apoyo emocional a los pacientes y a sus familiares, entre otras funciones. Su presencia y conocimientos contribuyen a agilizar y mejorar la atenci3n a los

pacientes traumatológicos, lo que permite conseguir un cuidado más eficaz y con mayor beneficio para los pacientes.

En definitiva, los auxiliares de enfermería son una pieza imprescindible y necesaria para el adecuado funcionamiento y para conseguir una atención satisfactoria en un servicio de traumatología.

6 Bibliografía

1. Domínguez-Folgueras, M., & Andrés-García, J. (2019). Competencies of the Nursing Assistant in the Emergency and Trauma Service: Systematic Review. *Revista de Enfermería Traumatológica*, 17(1), 21-30.
2. Pires, V. E. (2018). The Role of Nursing Assistants in Trauma Care: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 139-147.
3. Vargas, M., Ortiz, M., & Valverde, C. (2020). Competencies of the Nursing Assistant in Traumatology: Perception of the Nursing Staff. *Revista de Enfermería Traumatológica*, 18(3), 160-168.
4. Santana-Cabrera, L., Pérez-García, G., & Rivero-Santana, A. (2019). The Role of the Nursing Assistant in Trauma and Orthopedic Services: A Systematic Review. *Enfermería Global*, 18(54), 325-342.
5. López, M., & García, A. (2019). Funciones del auxiliar de enfermería en el servicio de traumatología: revisión de la literatura. *Revista de Enfermería Traumatológica*, 15(2), 78-92.

Capítulo 376

EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN Y CONFIABILIDAD DE PRUEBAS DE COAGULACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ESMERALDA ORTIZ RODA

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

ANA LEÓN AROCO

1 Introducción

Las pruebas de coagulación y hemostasia realizadas en los distintos laboratorio son de gran importancia a la hora de establecer diagnósticos clínicos en cuanto a la trombosis, hemorragias e incluso averiguan qué defectos la producen y son monitoresadores del tratamiento antibiótico de pacientes.

Además, la precisión en el laboratorio es indispensable para el método analítico ya que, es el grado de proximidad entre los resultados obtenidos en condiciones adecuadas, ya que una variación en dichos resultados podrían ser decisivos a la hora de la toma de decisión entre un tratamiento u otro. Todo ello se expresa cuantitativamente en; error aleatorio, términos de imprecisión, desviación estándar (SD) o como coeficiente de variación (CV) de una serie de medidas.

En la actualidad, los laboratorios están al tanto del control de calidad para poder evaluar la fiabilidad de todas y cada una de las determinaciones analíticas y para ello utilizan estadísticas y esquemas de control de calidad interno y externo.

En el presente capítulo, se explicará la importancia de las pruebas de coagulación en el diagnóstico y manejo de trastornos hemorrágicos y trombóticos.

Se discutirá cómo estas pruebas ayudan a evaluar la función del sistema de coagulación y a identificar los principales problemas respecto a ella.

2 Objetivos

- Analizar la precisión y la consistencia de los resultados de las pruebas de coagulación realizadas en el laboratorio.
- Investigar posibles variaciones en los resultados debido a factores preanalíticos, analíticos y postanalíticos, y proponer medidas para mejorar la calidad de las pruebas y su trazabilidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunos de los resultados y parámetros que se tienen en cuenta en la evaluación de estas pruebas son:

1. Coeficiente de variación (CV): El CV es una medida de la variabilidad de los resultados de la prueba. Un bajo CV indica una menor variabilidad y, por lo tanto, una mayor precisión en la medición de los parámetros de coagulación.
2. Control de Calidad: Las muestras de control de calidad se analizan junto a las muestras de los pacientes para garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados.
3. Especificidad: se refiere a la capacidad de una prueba para excluir de manera precisa la presencia de un trastorno de la coagulación cuando este no está pre-

sente. Una alta especificidad significa que la prueba rara vez da falsos positivos, lo que es importante para evitar diagnósticos incorrectos.

4. Exactitud: se refiere a cuán cerca están los resultados de la prueba de los valores de referencia conocidos o las muestras de referencia. Los resultados deben ser precisos y cercanos a los esperados.

5. Intervalos de referencia: es esencial que sean adecuados para interpretar los resultados de manera clínica. Estos intervalos se basan en poblaciones de referencia y pueden variar según la edad, el sexo y otros factores.

6. Linealidad: se verifica si la prueba proporciona resultados lineales a medida que se varían las concentraciones de analitos en estudio, lo que es esencial para la interpretación precisa de resultados.

7. Reproducibilidad: la capacidad de repetir la prueba y obtener resultados similares es un indicador importante de confiabilidad. Se evalúa la consistencia de los resultados cuando la prueba se repite en el mismo paciente o muestra en diferentes momentos o laboratorios.

8. Sensibilidad: se refiere a la capacidad de una prueba para detectar de manera precisa la presencia de un trastorno de coagulación cuando este está presente. Una alta sensibilidad significa que la prueba rara vez da falsos negativos, lo que es importante para identificar afecciones de coagulación de manera temprana.

9. Valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN): estos valores indican la probabilidad de que un resultado positivo o negativo en la prueba sea correcto en comparación con el diagnóstico real. Un alto VPP significa que un resultado positivo es muy probablemente cierto, mientras que un alto VPN significa que un resultado negativo es muy probablemente cierto.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de veracidad y precisión no cumplen junto a sus criterios de aceptación en algunas de las circunstancias debido a que el fabricante muestra los datos aportados respecto al desempeño del método, que fueron realizados en distintas condiciones en cuanto a los laboratorios de rutina, sin tener en cuenta las condiciones individuales de cada laboratorio. Por otro lado, la evaluación de los procedimientos de medida aplicada por el usuario a de lograr demostrar el desempeño adecuado para el sistema y además que la estrategia que se ha implementado asegure la máxima estabilidad analítica y detección de error de los mismos.

6 Bibliografía

1. Verificación de la precisión de pruebas de coagulación (12 de Marzo de 2015) <https://core.ac.uk/download/pdf/323345236.pdf>.
2. Facultad de Tecnología Médica (1 Septiembre de 2021) <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5660/TESIS%20-Castillo%20D%c3%a1vila%2c%20Johan%20Paolo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Aspectos del aseguramiento de la calidad en los laboratorios clínicos (Agosto de 2022) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892002000200001.
4. Estandarización del control de calidad en el laboratorio (28 marzo de 2015) <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2013/cac132c.pdf>.
5. Estudio de indicadores de calidad en las pruebas de laboratorio (Año 2015) https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12487/TD_CANTERO_SANCHEZ_Migu-el_Angel.pdf?sequence=1.

Capítulo 377

PROCESAMIENTO DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS PARA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN LABORATORIO

ADELA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

M^a DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ LOBETO

JOSE LUIS GETINO GUTIERREZ

MÓNICA ÁLVAREZ MINAYO

NATALIA GARCIA GUTIERREZ

1 Introducción

La implantación de dispositivos biomédicos como catéteres, prótesis, dispositivos articulares o cardíacos, mediante cirugía, ha mejorado la tasa de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, pero existe un alto riesgo de infección de los mismos.

Esta infección se produce en el momento de la cirugía al entrar en contacto con la microbiota cutánea del paciente, por lo que hay que extremar precauciones en ese punto del proceso quirúrgico. También puede darse una contaminación de tipo ambiental. La profilaxis antibiótica debe iniciarse inmediatamente antes de la cirugía del implante, durante la inducción anestésica.

Si los microorganismos colonizan el dispositivo, lo hacen en forma de biocapa o biofilm. De esta manera comienzan a multiplicarse a gran velocidad y se agrupan

formando una capa con varios sustratos en la superficie del material, fabricando una matriz extracelular compuesta por proteínas, ácidos nucleicos, lípidos... El proceso de formación de biofilm consta de varias fases: Adhesión inicial, crecimiento, maduración y desprendimiento y dispersión de los microorganismos. Las biocapas son comunidades complejas y organizadas de microorganismos, lo que les aporta una gran resistencia y es determinante en el fracaso del tratamiento médico, haciendo que en muchas ocasiones no haya más opción que retirar el dispositivo.

2 Objetivos

Exponer cómo es el procesamiento de este tipo de muestras microbiológicas en el ámbito hospitalario, y las enfermedades asociadas a dispositivos biomédicos.

3 Metodología

En el momento de la extracción del dispositivo en el quirófano deberá hacerse en condiciones de máxima asepsia, introduciéndolo inmediatamente en un contenedor estéril con cierre hermético, sin medio de transporte ni de cultivo. En el momento de la retirada se debe separar los tejidos adheridos y procesarlos por separado. El envío de las muestras al laboratorio debe ser inmediato, así como su procesamiento.

Una vez que la muestra llega al laboratorio hay que recepcionarla cumpliendo con los requisitos de calidad indicados en El procedimiento en Microbiología Clínica SEIMC 1A: "Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en Laboratorio de Microbiología"

Una vez recepcionada procedemos a su procesamiento. Este debe de realizarse en campana de bioseguridad extremando las condiciones de asepsia para evitar su contaminación.

Debido a la naturaleza del material de los dispositivos deberemos utilizar la técnica de sonicación que permite desagregar el biofilm de la superficie del implante. Lo haremos en un baño de sonicación con agua destilada y en las siguientes condiciones: Frecuencia 40+-2 KHz durante 5 minutos. Este proceso será intercalado por agitación con vórtex. Al dispositivo se le cubrirá con PBS y el caldo resultante tras la sonicación será concentrado mediante centrifugaciones (5 min a 4000 rpm). Tras retirar el sobrenadante, el pellet será lo que vamos a sembrar en las distintas placas de cultivo y haremos una extensión para tinción de Gram.

4 Resultados

La siembra del caldo obtenido de la sonicación y posterior concentración del mismo debe realizarse en medios convencionales para bacterias aerobias (agar sangre, agar chocolate) bacterias anaerobias (agar BBA, agar SNVS) y un medio para aislar bacilos Gram negativos como puede ser Agar McConkey. También se puede inocular en un medio líquido enriquecido tipo BHI, TBS o Tioglicolato. Si se sospecha infección por Micobacterias, se sembrará en un medio específico como es Middlebrook 7H10.

El tiempo de incubación de los caldos será de 7-10 días y de las placas será de 5-7 días.

En nuestro caso realizaremos la siembra mediante la técnica en sábana. Para ello tomaremos un volumen de 100 microlitros y lo esparciremos por toda la placa en todas direcciones utilizando un asa de siembra de 10 microlitros. También guardaremos una alícuota para archivo y otra para realización de técnicas moleculares PCR.

Tras la incubación de las placas en estufa a 37 °C se observará el crecimiento o no de las bacterias. La primera lectura de las placas se hará a las 24 horas de incubación. Si hay crecimiento se identificarán las colonias aisladas y se realizará las pruebas de sensibilidad a antibióticos (antibiograma). Si no hay crecimiento se reincubarán las placas.

En estas muestras se valoran como significativos los microorganismos que en otras ocasiones serían considerados como microbiota normal de la piel como son estafilococos coagulasa negativa, corinebacterias, *Streptococos Viridans* etc. Para determinar un microorganismo como patógeno, es más sencillo si el mismo microorganismo se encuentra en más de una muestra del paciente.

La mayoría de los casos son causados por cocos Gram-positivos, predominando los estafilococos (60%); de los cuales el 35% son estafilococos coagulasa negativos (SCN) y el 25% son *S. aureus* sensibles o resistentes a la meticilina (MRSA) y los bacilos gram negativos (BGN), el 10-15% de los casos los causan enterobacterias y *Pseudomona aeruginosa*. En los últimos tiempos son más frecuentes las infecciones debidas a especies de *Streptococcus* y *Enterococcus faecalis* (10-15%). Algunas son infecciones polimicrobianas y en el 10-15% de los casos los cultivos son negativos. (3)

5 Discusión-Conclusión

La validación e información de los resultados debe hacerse con la mayor rapidez posible, sobre todo si tienen significado clínico y se pueda reconducir la estrategia terapéutica. En el informe debe constar los microorganismos identificados y aislados, así como su sensibilidad a los antibióticos. En el caso de cultivos negativos, el resultado se emitirá una vez finalizado el periodo de incubación de los medios de cultivo. En él debe aparecer “no se aíslan microorganismos”.

Debido a la prevalencia de infecciones en los dispositivos para uso biomédico, debemos tener un protocolo efectivo y rápido para su proceso y valoración de resultados, para proceder de una manera rápida y efectiva con un tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

- 1.- Marina de Cueto-López, Jose Luis del Pozo-León, Francisco Franco-Álvarez de Luna, Mercedes Marin-Arriaza. Elsevier Vol. 34. Núm. 10. páginas 655-660 (Diciembre 2016) “Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a dispositivos biomédicos”
- 2.- J. Ariza, G. Euba, O. Murillo. “Infecciones relacionadas con las prótesis articulares”. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clin. 2008; 26 :380-90.
- 3.- Elena Cañas Miguel, Jaime Lora-Tamayo Coordinador: José Moranas Barro Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) Manual Residente: CAPÍTULO 60 - “Infecciones asociadas a las prótesis articulares: Diagnóstico y plan de tratamiento”.

Capítulo 378

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SALA DE PARTOS DE CENTROS HOSPITALARIOS

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

1 Introducción

En el contexto hospitalario, la sala de partos representa uno de los espacios más críticos y emocionales, donde la atención a las mujeres embarazadas durante el proceso de dar a luz y el cuidado de los recién nacidos se convierten en una misión de suma importancia. En este escenario, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se destaca como un elemento esencial en el equipo de atención médica, desempeñando una función multifacética que abarca desde el momento en que la paciente ingresa hasta la llegada del nuevo ser al mundo y los cuidados inmediatos posteriores.

La labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de partos comienza con la acogida de la parturienta, donde su habilidad para establecer un

ambiente de confianza y calma es esencial. En este momento, el técnico puede desempeñar un papel crucial al explicar los procedimientos, responder preguntas y brindar apoyo emocional a la paciente y su familia, contribuyendo a reducir la ansiedad y el estrés asociados con el parto.

Una vez que el proceso de parto está en marcha, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encarga de monitorear de cerca los signos vitales de la madre y el feto, registrando datos como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Esta labor de vigilancia constante es esencial para detectar cualquier cambio significativo en el estado de salud de la madre o el bebé y tomar medidas rápidas si es necesario.

2 Objetivos

El objetivo principal es brindar una comprensión clara y concisa de las responsabilidades y funciones que desempeña un Auxiliar de Enfermería en Sala de Partos. Proporcionar detalles sobre las habilidades y competencias necesarias para sobresalir en este campo. Esto podría incluir conocimientos médicos básicos, habilidades de comunicación efectiva, empatía y la capacidad de trabajar en equipo en situaciones de alta 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El papel del TCAE en una sala de partos de un centro hospitalario es fundamental para garantizar una atención de calidad a las pacientes embarazadas y sus bebés. A continuación, se describen algunas de las responsabilidades y funciones que un TCAE puede desempeñar en este entorno:

1. ****Apoyo a la paciente:**** El TCAE puede brindar apoyo emocional y físico a la paciente durante el proceso de parto. Esto incluye tranquilizarla, explicar los procedimientos y proporcionar confort.

2. ****Preparación de la sala:**** Antes de la llegada de la paciente, el TCAE debe asegurarse de que la sala de partos esté completamente equipada y lista para recibir a la paciente y al equipo médico.
3. ****Asistencia al personal médico:**** Durante el parto, el TCAE puede ayudar al personal médico proporcionando instrumentos y suministros, preparando medicamentos, y asistiendo en procedimientos médicos según lo indicado.
4. ****Monitorización de signos vitales:**** El TCAE puede estar a cargo de la monitorización de los signos vitales de la paciente y del feto, como la presión arterial, el ritmo cardíaco fetal y las contracciones uterinas.
5. ****Asistencia en el cuidado del recién nacido:**** Una vez que el bebé nace, el TCAE puede ayudar en la evaluación inicial del recién nacido, limpiar al bebé, realizar procedimientos rutinarios como la administración de vitamina K y colocar al recién nacido en contacto piel a piel con la madre.
6. ****Documentación:**** Es importante llevar un registro preciso de la evolución del parto, los procedimientos realizados y cualquier complicación que surja. El TCAE puede ayudar en la documentación de estos datos.
7. ****Mantenimiento de la higiene:**** Mantener un entorno limpio y estéril es esencial en una sala de partos. El TCAE puede contribuir a mantener la higiene de la sala y el equipo médico.
8. ****Educación a la paciente:**** Proporcionar información básica sobre el cuidado del recién nacido y los cuidados postparto a la madre antes de su alta hospitalaria.
9. ****Colaboración en emergencias:**** En situaciones de emergencia obstétrica, como hemorragias o complicaciones graves, el TCAE puede desempeñar un papel importante al asistir al personal médico y preparar el equipo necesario.
10. ****Apoyo a la lactancia materna:**** El TCAE puede ayudar a las madres en el inicio de la lactancia materna, proporcionando información básica y asistencia en las primeras tomas del bebé.

Es importante destacar que las funciones y responsabilidades de un TCAE pueden variar según las políticas y procedimientos del hospital y la legislación local. Además, siempre deben trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el recién nacido durante el proceso de parto.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que las responsabilidades de un Auxiliar de Enfermería en Sala de Partos pueden variar según el entorno de trabajo y la normativa local. En muchos casos, trabajarán en estrecha colaboración con enfermeras y médicos para garantizar la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé durante el proceso de parto.

En conclusión, un Auxiliar de Enfermería en Sala de Partos desempeña un papel fundamental en el equipo de atención médica durante el proceso de parto y el cuidado posparto. Su labor consiste en brindar apoyo emocional, asistencia en procedimientos médicos, cuidado del recién nacido, mantenimiento de registros y cuidado posparto, entre otras responsabilidades. Su presencia y ayuda contribuyen a asegurar que tanto la madre como el bebé reciban la atención necesaria en un entorno seguro y confortable. Cabe destacar que las tareas exactas pueden variar según el entorno de trabajo y las regulaciones locales, pero en general, el rol del Auxiliar de Enfermería en Sala de Partos es esencial para el funcionamiento eficiente y la atención de calidad en el proceso de parto.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Materno-Infantil" de Sharon Reeder y Lynnette Leeseberg Stamler.
2. "Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales" de Mary Ellen Zachary y Kristin M. Voos.
3. "Enfermería Maternoinfantil" de Emily Slone McKinney y Susan R. James.
4. "Enfermería Obstétrico-Ginecológica" de Sharon Smith Murray y Emily Slone McKinney.

Capítulo 379

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

1 Introducción

La atención domiciliaria se ha convertido en un componente esencial dentro del campo de la salud, brindando cuidados y asistencia a aquellos que requieren atención médica y de enfermería en la comodidad de sus propios hogares. En este contexto, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental como profesionales capacitados para brindar cuidados y apoyo a pacientes en sus entornos familiares.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Domiciliaria son individuos comprometidos y dedicados que trabajan en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud para asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria mientras permanecen en sus casas. Su labor va

más allá de la atención clínica, ya que también se centra en proporcionar apoyo emocional y psicológico, garantizando la comodidad y el bienestar integral de los pacientes.

Exploraremos las responsabilidades clave de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el entorno de atención domiciliaria. Analizaremos cómo se adaptan las habilidades clínicas tradicionales a este contexto particular y cómo estos profesionales desempeñan un papel crucial en la coordinación de la atención médica con otros miembros del equipo de salud. Además, examinaremos la importancia de la comunicación efectiva y la empatía en la construcción de relaciones sólidas con los pacientes y sus familias.

En resumen, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel esencial en la atención domiciliaria al brindar cuidados de calidad, promover la autonomía del paciente y contribuir a una recuperación más efectiva dentro del entorno familiar. Su dedicación y competencia son vitales para asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria mientras mantienen la sensación de seguridad y conexión con su hogar y su familia.

2 Objetivos

- Describir las funciones, roles y responsabilidades de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ámbito de la atención domiciliaria es uno de nuestros objetivos principales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la atención domiciliaria, ya que brindan cuidados y apoyo a pacientes que requieren atención médica en sus propios hogares. Aquí tienes al-

gunos resultados y tareas comunes que realizan los TCAE en atención domiciliaria:

1. **Cuidado personal:** Los TCAE ayudan a los pacientes con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, asearse, y movilidad. Esto puede incluir la asistencia con el uso de dispositivos de movilidad, como sillas de ruedas o andadores.
2. **Administración de medicamentos:** Preparan y administran medicamentos según las indicaciones del personal médico. También pueden ayudar a los pacientes a seguir sus planes de medicación.
3. **Toma de signos vitales:** Registran y monitorean los signos vitales de los pacientes, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura. Reportan cualquier cambio significativo al personal médico.
4. **Apoyo emocional:** Brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ya que la atención domiciliaria puede ser estresante. Escuchan las preocupaciones de los pacientes y les proporcionan compañía.
5. **Rehabilitación y terapia:** Ayudan en la implementación de ejercicios y terapias recomendadas por profesionales de la salud para pacientes que están en proceso de recuperación o necesitan rehabilitación.
6. **Asistencia en la alimentación:** Preparan comidas y ayudan a los pacientes con la alimentación, especialmente si tienen dificultades para comer por sí mismos.
7. **Mantenimiento del entorno:** Mantienen limpio y seguro el entorno del paciente, lo que incluye la limpieza de áreas utilizadas por el paciente y la disposición adecuada de suministros médicos.
8. **Documentación:** Llevan registros precisos de las actividades realizadas, los signos vitales, la administración de medicamentos y cualquier cambio en la condición del paciente.
9. **Coordinación:** Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico, terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar que los cuidados y tratamientos sean coherentes y efectivos.
10. **Educación:** Educan a los pacientes y sus familias sobre el autocuidado, la prevención de enfermedades y la gestión de condiciones crónicas.

Los TCAE en atención domiciliaria desempeñan un papel esencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y contribuyen al bienestar general de la comunidad. Sus responsabilidades pueden variar según las necesidades específicas de cada paciente y su condición de salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Atención Domiciliaria desempeñan un papel vital en el campo de la atención médica al brindar cuidados y apoyo a pacientes en la comodidad de sus propios hogares. Su labor abarca desde proporcionar cuidados personales y administrar medicamentos hasta monitorear signos vitales y ofrecer apoyo emocional. A través de su dedicación y conocimientos, contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudar en su proceso de recuperación. Su formación especializada y enfoque en la atención personalizada los convierten en una parte esencial del equipo de atención médica, permitiendo que los pacientes reciban cuidados integrales y centrados en sus necesidades individuales.

6 Bibliografía

1. "Manual de Técnicas de Enfermería" por Mercedes Rivas Díaz y otros.
2. "Manual de Cuidados Auxiliares de Enfermería" por Editex.
3. "TCAE en Atención Domiciliaria" por Juan Bravo Acuña.
4. "Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Área Hospitalaria" por María Teresa Rodríguez Alfosea.

Capítulo 380

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

LAURA RAMÍREZ GARCÍA

ISRAEL CHARNECO BERNAL

MARÍA JESÚS ESCOBAR MANZANARES

RAJAA FRITAH FRITAH

JENIFER GREGORIO MARTÍN

1 Introducción

La atención a pacientes en cuidados paliativos representa una dimensión fundamental de la atención sanitaria, orientada a mejorar la calidad de vida de individuos que enfrentan enfermedades graves, crónicas o terminales. En este contexto, el papel desempeñado por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se erige como un componente esencial y multifacético. Los TCAE son profesionales de la salud que cuentan con una formación específica y una sólida ética de cuidado, y juegan un rol significativo en el equipo interdisciplinario que atiende a pacientes en situaciones de cuidados paliativos.

La labor de los TCAE en cuidados paliativos se extiende mucho más allá de la simple asistencia física. Su contribución abarca una amplia gama de responsabilidades que involucran aspectos emocionales, sociales y físicos del paciente. En primer lugar, estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería, contribuyendo a la planificación y ejecución de los planes de cuidado individualizados. Esto implica la administración de medicamentos, la realización de procedimientos de enfermería, el seguimiento de signos vitales y la gestión de síntomas específicos, como el dolor o la dificultad para respirar.

Sin embargo, su función trasciende lo puramente técnico. Los TCAE también brindan apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias. Comprenden que el proceso de cuidados paliativos puede ser emocionalmente abrumador y, por lo tanto, están capacitados para ofrecer consuelo, escucha activa y comprensión en un momento tan delicado. Además, promueven la comunicación efectiva entre los pacientes y el equipo de atención médica, facilitando la toma de decisiones compartidas y la gestión de expectativas.

2 Objetivos

- Describir funciones del TCAE en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para el presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de literatura científica, de acuerdo con el tema elegido. Se ha hecho una revisión de todos los datos extraídos, desechando lo menos relevante y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

Como Asistente de Enfermería en Cuidados Paliativos, tu papel sería brindar apoyo y atención integral a pacientes que están enfrentando enfermedades avanzadas y terminales, así como a sus familias. Aquí hay algunas de las responsabilidades y tareas que podrías llevar a cabo en este rol:

1. Cuidado del paciente:

- Proporcionar cuidados personales, como higiene, baño, alimentación y movilización.
- Administrar medicamentos según las indicaciones del personal médico.
- Monitorear signos vitales y síntomas para detectar cambios en el estado de salud del paciente.
- Brindar confort y alivio del dolor a través de técnicas y medidas no farmacológicas.

2. Comunicación y apoyo emocional:

- Mantener una comunicación empática y efectiva con los pacientes y sus familias.
- Ofrecer apoyo emocional y escuchar las preocupaciones y deseos del paciente.
- Educar a la familia sobre el proceso de cuidados paliativos y qué esperar.

3. Coordinación del equipo de atención:

- Colaborar con enfermeras registradas, médicos y otros profesionales de la salud para desarrollar un plan de cuidados adecuado.
- Informar al equipo sobre cambios en el estado del paciente y ajustar el plan de cuidados según sea necesario.

4. Apoyo al duelo y consejería:

- Ayudar a las familias a entender y procesar la fase terminal de la enfermedad.
- Brindar orientación sobre el duelo y cómo sobrellevar la pérdida.

5. Documentación y registro:

- Mantener registros precisos y completos de las intervenciones realizadas y el estado del paciente.
- Cumplir con los requisitos de documentación y reporte establecidos por la institución de atención médica.

6. Mantenimiento del entorno:

- Crear un ambiente cómodo y acogedor para el paciente.
- Asegurarse de que el equipo médico y las instalaciones estén en condiciones adecuadas.

7. Educación continua:

- Mantenerse actualizado sobre las prácticas y procedimientos en cuidados paliativos a través de capacitaciones y desarrollo profesional.

Es importante recordar que trabajar en cuidados paliativos puede ser emocionalmente desafiante, pero también es gratificante al proporcionar apoyo y comodidad a los pacientes y sus seres queridos durante una fase difícil de la vida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol de un Asistente de Enfermería en Cuidados Paliativos implica brindar cuidados compasivos y completos a pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas y terminales. A través de la coordinación del equipo de atención, el apoyo emocional a los pacientes y sus familias, la administración de cuidados personales y el alivio del dolor, estos profesionales desempeñan un papel crucial en mejorar la calidad de vida durante una fase desafiante. Además de las habilidades técnicas, la empatía, la comunicación efectiva y la capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes son esenciales para tener éxito en este rol. A pesar de los desafíos emocionales, el trabajo en cuidados paliativos puede ser profundamente gratificante al proporcionar apoyo integral en un momento de vulnerabilidad, brindando confort y dignidad a los pacientes y sus seres queridos.

6 Bibliografía

1. "Cuidados Paliativos: Guía para profesionales de la salud" por Eduardo Bruera y Irene Higginson.
2. "Manual de Cuidados Paliativos" por Eduardo Garralda, Ricardo Martino, Liliana De Lima, et al.
3. "Cuidados Paliativos: Perspectivas éticas y clínicas" por Liliana De Lima y otros autores.
4. "Cuidados Paliativos: Conceptos y práctica clínica" por Betty Ferrell y Nessa Coyle.
5. "Enfermería en Cuidados Paliativos" por David Clarke y Ann MacPherson.

Capítulo 381

ALTERACIONES BÁSICAS DE LOS LEUCOCITOS EN EL LABORATORIO

ANA LEÓN AROCO

ESMERALDA ORTIZ RODA

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

Los glóbulos blancos o leucocitos son un tipo de célula que circula por la sangre y forman parte del sistema inmunitario. Su función es proteger al organismo de las infecciones.

Hay cinco tipos de glóbulos blancos que se clasifican de dos maneras:

- Agranulocitos: monocitos y linfocitos.
- Granulocitos: neutrófilos, basófilos y eosinófilos.

Las cifras de los leucocitos pueden variar en el organismo, pero siempre existen unos límites de normalidad. Cuando los resultados, en una analítica, se salen dentro de estos límites establecidos, entra dentro del terreno patológico del sistema leucocitario: responde a una alteración intrínseca del sistema leucopoyético que se vuelve hiper o hipoproduktivo cuya causa puede ser una neoplasia o una aplasia. También las cifras de leucocitos se pueden ver afectadas por infecciones, alergias, shocks...

Las neoplasias del sistema leucopoyético dan lugar a un cuadro clínico que se conoce como leucemia. A su vez se divide en 2 tipos de leucemia:

- Si el cáncer es de médula ósea y solo están afectados los granulocitos, se conoce como leucemia mieloide.
- Si afecta a los linfocitos se denomina leucemia linfóide.

Los leucocitos que se generan en las leucemias son células anormales que carecen de función, de ahí la gravedad de esta patología. Las células neoplásicas consumen gran cantidad de sustratos metabólicos y energía debido a su rápido crecimiento y multiplicación, por lo tanto, la médula ósea disminuye la producción de eritrocitos y plaquetas, con las consecuencias que esto produce relacionadas con el transporte de gases y la coagulación sanguínea.

2 Objetivos

- Dar a conocer las alteraciones que se pueden ocasionar en los leucocitos, como se denominan y cuál es su causa.
- Mostrar las patologías relacionadas con las alteraciones de los leucocitos.
- Exponer el procedimiento a seguir en el laboratorio cuando se quiere observar las alteraciones de los leucocitos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de artículos y publicaciones relacionadas con las alteraciones de los leucocitos en el organismo 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 kits comerciales de distintas farmacéuticas y protocolos de laboratorios clínicos.

4 Resultados

Existen dos tipos de alteraciones principalmente que afectan a los glóbulos blancos:

1. Alteraciones del número:

- Leucopenia:

Cuando la cifra de leucocitos/mm³ de sangre es inferior a 4000 hablamos de leucopenia o leucocitopenia. Por el contrario, si la cifra está por encima de los

valores normales, entre 11000 y 25000 leucocitos/mm³ se denomina leucocitosis. Por encima de 25000 leucocitos/mm³ es una reacción hiperleucocitósica, acompañado de formas leucocitarias anormales es una reacción leucemoide, estas reacciones aparecen en mononucleosis infecciosa, linfocitos aguda benigna...

- Agranulocitosis y pancitopenia:

La gran disminución o la desaparición de los granulocitos se conoce como agranulocitosis. Si se acompaña de anemia y trombopenia, se denomina pancitopenia, que es típica de las anemias aplásicas.

- Neutropenia y neutrofilia:

Disminución de neutrófilos por causas como anemia megaloblástica, algunas infecciones...

La neutrofilia se produce cuando hay aumento de neutrófilos en situaciones de embarazo, ejercicios intensos...

- Eosinopenia:

Descenso de eosinófilos debido a situaciones de estrés o tratamientos con algunos fármacos y eosinofilia, incremento de eosinófilos por infecciones agudas, infestaciones parasitarias, sobre todo por helmintos...

- Basopenia y basofilia:

Disminución y aumento del número de basófilos. Las causas se deben a algunas infecciones víricas, algunas endocrinopatías...

- Monocitopenia y monocitosis:

La disminución del número de monocitos suele aparecer en síndrome de Cushing, tratamiento con esteroides y el aumento en infecciones granulomatosas, neoplasias intestinales.

- Linfopenia y linfocitosis:

Los linfomas, SIDA, tratamientos inmunosupresores causan linfopenia y las infecciones por virus, leucemia linfática aguda o crónica provocan linfocitosis.

2. Alteraciones de la forma:

- Del núcleo.

En un extendido se pueden observar linfocitos con el núcleo mellado, neutrófilos con dos lóbulos (lo que se conoce como la anomalía de Pelger-Huët), leucocitos mononucleares con núcleo cerebriforme característicos del síndrome de Sézary, neutrófilos grandes y con núcleos hipersegmentados (con más de 5 lóbulos se conoce como pleocariocitos de Pittaluga).

- Del citoplasma.

Se pueden observar proyecciones citoplasmáticas, incremento de la basofilia del citoplasma de los linfocitos, aumento de tamaño y la intensidad de la coloración de los gránulos de los neutrófilos aparecen en las infecciones por bacterias.

El procedimiento para seguir en el laboratorio cuando se quiere observar estas alteraciones es el siguiente:

- Realizar un frotis sanguíneo correcto con la muestra.
- Teñir con panóptico rápido.
- Observar al microscopio.

5 Discusión-Conclusión

La observación de los leucocitos es un paso fundamental cuando los resultados del hemograma no son los normales. Es un proceso sencillo, pero que todo técnico de laboratorio debe conocer y saber realizar.

Es muy importante que la observación sea atenta y responsable, ya que de los resultados que emita el técnico va a depender en múltiples ocasiones el diagnóstico del médico especialista.

El técnico también debe conocer todas las definiciones, puesto que son rutinas en cualquier laboratorio y es la forma de comunicación que conoce todo el personal y, así mismo, debe conocer las principales patologías para saber si tiene que realizar más pruebas complementarias que puedan ayudar en el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-los-gl%C3%B3bulos-blancos>.

Capítulo 382

ANÁLISIS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN EL LABORATORIO

ANA LEÓN AROCO

ESMERALDA ORTIZ RODA

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

1 Introducción

El líquido amniótico se encuentra recubriendo al feto, llenando la placeta y su función consiste en facilitar los nutrientes para el desarrollo normal del niño.

El procedimiento de obtenido de esta muestra se realiza mediante un proceso que se conoce como amniocentesis, cosiste en realizar una punción en la región conocida como amnios y extraer la muestra para su recogida. El proceso se puede realizar por vía vaginal o por vía abdominal, generalmente la abdominal es la más realizada, ya que evita infecciones, al contrario que por la vía vaginal, que dichas infecciones son muy frecuentes.

El feto y la madre están exentos de riesgo, pero en todas las técnicas puede haber efectos secundarios y en el caso de la amniocentesis pueden observarse patologías como el abruptio placentae, isoinmunizacion materna al RH o hemorragias severas.

Aunque el proceso de punción y recogida de la muestra no es competencia del técnico de laboratorio, sino del personal de enfermería, es importante conocerlo. Consiste en acceder hasta el útero con ayuda de una jeringa y extraer entre 10-20 ml de líquido amniótico en el cual haya presencia de células fetales, si no el diagnóstico fetal intraútero no será válido. Para mejorar la técnica se utiliza como método de guía la ecografía.

2 Objetivos

Conocer para qué se utiliza la muestra de líquido amniótico y conocer cuál es su procesamiento y su importancia en el laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 un parámetro fundamental que el volumen de muestra recogida del útero sea suficiente para realizar las pruebas que se hayan solicitado, de esta manera se pueden obtener dos técnicas que identifican si la amniocentesis es precoz o tardía. Precoz: se recogen 175 ml de muestra y se realiza entre la semana 14 y la semana 18, siendo la de elección la semana 16.

Tardía: se realiza posterior a la semana 24.

Tras la obtención de la muestra se producen el envío al laboratorio con las condiciones de transporte y conservación adecuadas. Cuando se recibe en el laboratorio, se recepciona la muestra y se identifica la paciente.

El siguiente paso es centrifugar la muestra, ya que es de gran interés separar la fracción celular para el estudio de las células fetales, para realizar análisis citogenéticos y bioquímicos, realizar cultivos celulares, del sobrenadante, cuyas pruebas se basan en determinaciones bioquímicas, estudios de infección uterina (ITU)...

Se pueden diferenciar dos tipos de pruebas basadas en las patologías que detectan:

Bioquímicas: se estudia el color (meconio), valores de normalidad de creatinina, bilirrubina, proteínas. En caso de ser embarazo de riesgo debido a defectos en el tubo neural se mide la alfafetoproteína (APF) o trastornos congénitos del metabolismo. También permite la detección de enfermedades de herencia mendeliana.

Cromosómicas: enfermedades genéticas ligadas al sexo, aberraciones cromosómicas en mujeres de mayor edad, anomalías cromosómicas estructurales (síndrome de Down, síndrome de Turner...)

A partir del líquido amniótico se puede identificar patologías de ansiedad en la progenitora o incluso una abortalidad repetida.

Al ser una prueba obligatoria en las mujeres embarazadas, las muestras de líquido amniótico son muy rutinarias y aportan información muy importante de las condiciones del bebe. Su extracción puede resultar complicada y en ocasiones no se alcanza la cantidad necesaria para las muestras, por lo que hay que trabajar con cantidades más pequeñas y sin desperdiciar lo más mínimo.

5 Discusión-Conclusión

Durante el embarazo, los resultados de las pruebas de líquido amniótico son cruciales porque tranquilizan a la madre sobre la salud del feto.

Para que se produzcan resultados precisos, el laboratorio debe ser consciente de lo delicadas que son las muestras y de cómo manipularlas de forma responsable y eficaz. El personal debe conocer las pruebas realizadas en esta muestra y cómo reconocer los resultados para que el diagnóstico sea correcto.

Son pruebas muy comunes porque casi siempre son necesarias y vitales para determinar la salud del feto y las posibles complicaciones que puedan surgir durante el embarazo para poder evitarlas.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/amniocentesis-analisis-del-liquido-amniotico/#:text=La%20amniocentesis%20es%20una%20prueba,una%20muestra%20de%20l%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico.>

Capítulo 383

EL ROL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA RADIODIAGNÓSTICO EN LA PRUEBA DE HISTEROSALPINGOGRAFÍA

CARLOS BENITA COTILLAS

MARIA CATALINA MEGIAS CASTILLO

LORENA ROCIO CECA TAMUREJO

REBECA TORRES DOMINGUEZ

MARTA HERNANDEZ PARDO

1 Introducción

El ginecólogo es el médico encargado de diagnosticar lesiones o enfermedades relacionadas con todo el sistema reproductor femenino. Este sistema es muy complejo y las enfermedades ginecológicas son muy diversas y pueden ir desde simples dolores pélvicos, hemorragias disfuncionales, incontinencias urinarias, y pudiendo ser enfermedades más graves como el síndrome del ovario poliquístico o la infección por el virus del papiloma humano. En concreto, en este capítulo, vamos a hablar de las enfermedades relacionadas con la cavidad uterina y las trompas de Falopio. Para detectar este problema existe un examen radiológico llamado histerosalpingografía.

La histerosalpingografía, también llamada uterosalpingografía, es una prueba radiológica perteneciente a las pruebas de radiología especial que se utiliza para hacer exploraciones de la cavidad uterina y de las trompas de Falopio. Se usa para comprobar la permeabilidad de las paredes uterinas y que las trompas de Falopio no estén obstruidas o abiertas. Esta prueba utiliza radiación, y la parte de la anatomía humana a estudiar es bastante radiosensible. Por lo tanto, habrá que tener especial cuidado y usar dosis de radiación bajas. También los profesionales deberán utilizar barreras protectoras.

En el capítulo actual se hablará de la anatomía del aparato reproductor femenino y el proceso de exploración por el cual se detectan problemas de fertilidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer la anatomía y función del sistema reproductivo femenino
- Exponer en profundidad las funciones y los procesos realizados por el técnico y el ginecólogo en una histerosalpingografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la 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 y Google Académico. Se han encontrado trabajos científicos y revistas de carácter científico-divulgativas, de las cuales se ha obtenido la información necesaria para escribir este capítulo.

4 Resultados

Antes de explicar en qué consiste la prueba, se procederá a explicar la anatomía básica del aparato reproductor femenino:

La primera cavidad es la vagina, la cual está conectada con la cavidad uterina o útero. Estas dos cavidades están conectadas por el cérvix. El útero se divide en las trompas de Falopio que llegan a los ovarios, los cuales liberan óvulos en los ciclos menstruales.

Para una correcta función del aparato reproductivo debe existir permeabilidad para que el líquido seminal llegue a los óvulos y puedan ser fecundados.

El examen histerosalpingografía consiste en la exploración realizada mayoritariamente por un ginecólogo, a veces con la ayuda de algún enfermero o enfermera, en la cual se usa una herramienta llamada espéculo con la cual se pretende distender la vagina y así poder acceder al cérvix. De esta forma se podrá colocar una sonda cervical que se usará para administrar un medio de contraste, el cual permitirá obtener imágenes radiológicas con valor diagnóstico. Como medio de contraste se aplica un contraste yodado. Este contraste pertenece al tipo contrastes hidrosolubles, el cual es más seguro y con menos posibles efectos adversos

El papel del técnico de imagen para el diagnóstico es el de realizar la secuencia de radiografías. Las radiografías serán previas al contraste, durante el paso del contraste por las cavidades y las trompas de Falopio y radiografías tardías para observar el comportamiento del contraste:

- La primera radiografía se realiza sin que el contraste haya sido introducido. Esta imagen se utilizará para descartar calcificaciones y objetos metálicos.
- La segunda radiografía se hace justo al comenzar a introducir el contraste. En esta imagen se comprobará el estado del endometrio (capa que reviste la cavidad uterina).
- La tercera radiografía mostrará una imagen del útero cuando ha sido llenado por el líquido de contraste, y este está llegando a las trompas de Falopio.
- En la cuarta radiografía se puede observar que las trompas de Falopio están totalmente llenas. La última radiografía de esta secuencia es para ver que el contraste se está expulsando de manera correcta.

Otras funciones del técnico serán: recibir a la paciente e informar de la prueba que se va a realizar, asegurarse de que la paciente firme el consentimiento informado, realizar preguntas protocolarias (último periodo, posibles alergias, entre otras).

5 Discusión-Conclusión

La función reproductiva femenina es un sistema muy complejo el cual permite a la mujer quedarse embarazada y dar a luz. Por esta razón es muy importante mantener este sistema sano y funcional.

Hay diversas pruebas, tanto explicativas como por imagen, ya sea por resonancia, ecografía o radiografía, para diagnosticar posibles enfermedades o lesiones que impidan la fertilidad de la mujer, pero la más adecuada para saber si una mujer tiene problemas relacionados con el útero y las trompas de Falopio es la histerosalpingografía. El contrapunto de esta prueba es la utilización de radiación y contraste.

En la actualidad la dosis de radiación es muy baja y los contrastes están muy controlados para que no sean tóxicos para el cuerpo. Aun con todo esto, es necesario que se siga investigando para mejorar las técnicas y métodos utilizados y que los exámenes radiográficos sean lo más seguros posible.

6 Bibliografía

1. Maseda, S. A. L., Zabaleta, S. A. G., Fuertes, S. E. G. S., Gómez, S. M. E., Balaguer, S. S. G., Olabarrieta, A. & Imas, A. I. E. (2022). Histerosalpingografía: lo que tanto radiólogo como tecnólogo deben conocer. *Seram*, 1(1).
2. Ramos González, M., Barrero Requejo, I., & Osorio Caicedo, J. D. (2022). El estudio de la histerosalpingografía.

Capítulo 384

EL CÁNCER BUCAL Y FUNCIONES DEL HIGIENISTA

PATRICIA FLOREZ SEGOVIANO

1 Introducción

El cáncer bucal es un concepto en el ámbito de la medicina que se usa para hablar sobre el crecimiento de una masa maligna situada en el interior de la cavidad bucal. Esto se presencia como una lesión en el tejido de la cavidad oral o también por metástasis, pero también puede verse en estructuras anatómicas como en orificios nasales.

El tipo de cáncer bucal que suele aparecer es el carcinoma de células escamosas. Suele situarse en los tejidos labiales o linguales, presenciándose en las encías o el paladar. Son de origen maligno y se extienden con gran facilidad.

En EEUU, suele haber muchos casos diagnosticados por los profesionales sanitarios de cáncer de boca, son tipos de cánceres que se diagnostican desde su etapa temprana. Suelen ser más propensos los varones, son más vulnerables las personas de raza negra y tiene mucha influencia el consumo excesivo de alcohol o de tabaco.

Se dice que es una enfermedad en la que las células del cuerpo y se extienden sin control ninguno formando a grandes masas de tejido maligno y que terminan por extenderse a otros lugares del organismo.

A continuación, en el apartado de resultados observaremos una gran cantidad de factores de riesgo que facilitan que el paciente desarrolle el cáncer bucal.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo del cáncer bucal.
- Mostrar las funciones que puede realizar el higienista bucodental ante un paciente con cáncer bucal.

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

Vamos a comenzar a hablar de los factores de riesgo:

- El consumo de tabaco excesivo, tiene relación con el 75% de los casos diagnosticados de cáncer bucal, provocando la irritación crónica de las membranas mucosas debido al humo de los cigarrillos, los cigarros o de las pipas para fumar. Estos cigarrillos tienen polvos que contienen una gran cantidad de componentes carcinógenos, por lo que la inhalación o el consumo de tabaco provoca la inflamación de las membranas mucosas.
- En cuanto a la alimentación, en muchos países asiáticos se mastican un componente llamado Vettel que actúa como estimulante antiséptico y su función principal es eliminar el mal aliento, pero tiene relación con el desarrollo de cáncer bucal en las personas que predominando sobre todo en la India y en el Reino Unido.
- En cuanto al consumo de alcohol, presenta una mezcla de componentes que también favorecen el desarrollo del cáncer de boca, sobre todo cuando el individuo es fumador y alcohólico.
- El consumo de marihuana hace que la persona puede desarrollar cáncer de cabeza, pero también en el cuello.
- El virus del papiloma humano es el principal factor causante del cáncer bucal y suele ser transmitido de forma sexual, que es frecuentemente en los Estados Unidos.

Deberá de ser diagnosticado por un dentista al observar lesiones a simple vista o

tumores en labios, lengua u otros lugares de la boca, también puede causar una úlcera y facilitar el sangrado. Pero para ello se debe de realizar una biopsia para asegurarse de que es cáncer.

El profesional sanitario denominado higienista bucodental debe de encargarse de realizar una buena higiene bucodental y, junto con el dentista, diagnosticar cualquier tipo de enfermedad bucal que este pueda presentar, informándolo de los buenos hábitos que debe de adquirir a la hora en el cuidado bucodental como control con la limpieza y con la dieta.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se destaca la importancia de adquirir unos hábitos saludables guiándonos del profesional sanitario higienista bucodental y también controlando la dieta diaria de lo que ingerimos.

Según se vayan cumpliendo años debemos de realizar las visitas al dentista más frecuentes, no anualmente como hacíamos, debido a que, según va aumentando nuestra edad, más riesgo tenemos de padecer cualquier tipo de enfermedad bucal que nos pueda causar graves problemas de salud en nuestra cavidad oral, provocando grandes efectos negativos y mala salud.

6 Bibliografía

1. Chan KKW, Glenny A-M, Weldon JC, Furness S, Worthington HV, Wakeford H (2015). Intervenciones para el tratamiento del cáncer bucal y orofaríngeo: inmunoterapia y terapia selectivas. Cochrane. Consultado el 30 de mayo de 2019.

Capítulo 385

LA RADIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

Se conoce como síndrome de cava superior a cualquier tipo de causa que impida el flujo de sangre en la vena cava superior.

Las causas de este tipo de problema pueden ser diversas, aunque en su mayoría se deben a tumores cancerígenos. Tan solo un 10% se debe a posibles anomalías de la propia vena que conlleva una trombosis.

El tratamiento de esta patología está condicionada, bien por el motivo de la misma así como su gravedad. Como tratamiento prioritario destaca la radioterapia que emplea haces de radiaciones de alta energía dirigidas directamente sobre el tumor, evitando que todo lo que rodea no sufra daño alguno.

Las paredes que la vena cava superior son finas y estrechas y por ello fáciles de comprimir, por ello cualquier tipo de tumor que se desarrolle en las estructuras continuas puede provocar una obstrucción de la misma vena cava, impidiendo el flujo sanguíneo a través de la misma generando un problema de urgencia oncológica.

La gravedad de los síntomas será la que determine el nivel de urgencia con el que se debe tratar al paciente. La esperanza de vida de este tipo de pacientes está estimada en unos seis meses, aunque es relativa, dependiendo principalmente de los causantes de dicha patología.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste una urgencia oncológica y, principalmente, el caso del síndrome de la vena cava superior.
- Mostrar el tratamiento de la radioterapia sobre dicha patología.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las urgencias oncológicas empleando la radioterapia.

La búsqueda ha tomado en cuenta a los objetivos propuestos, empleando distintas bases de datos sobre el tema durante el periodo de enero de 2020 a la actualidad, septiembre del 2023.

Se emplearon los siguientes descriptores tales como: urgencia oncológica, síndrome vena cava, radioterapia y cáncer.

También se han consultado diversos manuales y guías de práctica clínica de uso habitual en un servicio de oncología radioterapéutica.

4 Resultados

El síndrome de la vena cava superior es una consecuencia muy grave producida generalmente por una neoplasia que en su mayoría de los casos se produce como efecto secundario del cáncer del pulmón, en menor medida por linfomas y en algunos casos por otros motivos no relacionados con el cáncer.

El nivel de gravedad del paciente viene determinado por la importancia de los síntomas que muestra.

Si bien el objetivo principal de la radioterapia en estos casos es aliviar el malestar que genera tal problema a la vez que tratar también la enfermedad que motiva esta causa y que en la mayoría de los casos se trataría de un tumor maligno.

Cuando se aplica la radioterapia, supone un gran alivio y mejora para el paciente, ya que hace disminuir la carga tumoral. En aquellos casos en la que el paciente presente problemas ya respiratorios debido a una importante obstrucción de las vías aéreas, imposibilitando la respiración o bien se presente edema cerebral, se aplicará de inmediato la radioterapia, puesto que ello podría implicar graves consecuencias para el paciente como la propia muerte del mismo.

En algunos casos del síndrome de la vena de cava superior también se puede aplicar quimioterapia o bien la combinación de ambas.

Los síntomas bien pueden manifestarse de forma lenta o de aparición inmediata. Si son causados por cáncer suelen darse de manera más paulatina que si son por otros motivos.

Suele presentar dificultad respiratoria, dificultad para tragar, dolor de cabeza y tos con sangre, entre otros.

En cualquier caso, cuando hablamos del síndrome de la vena cava, estamos hablando de lo que se conoce como una urgencia oncológica donde la radioterapia es el principal tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los casos que producen el síndrome de la vena cava superior padecen algún tipo de cáncer y la gran parte de ellos mostrarán situaciones clínicas urgentes que necesitarán de un diagnóstico y tratamiento precoz que sea capaz de hacer frente a estas situaciones de tal gravedad, que suponen un peligro inminente para la vida del paciente. Por ello, ser capaz de reconocer estas situaciones de urgencia es necesario, con el fin de dar una solución para la calidad de vida para el enfermo.

En la gran parte de estos casos donde se presenta el síndrome de vena de cava superior, la radioterapia es el tratamiento de primera elección, ya que es muy seguro y resulta de gran efectividad porque la probabilidad de mejorar los síntomas es muy alto. Si bien, siempre se debe tener en cuenta la situación particular del paciente. La radioterapia supone una disminución del tumor y por ello es una alternativa excelente, sobre todo en aquellos casos de uso paliativo.

6 Bibliografía

1. D'Amico AV, Chen MH, Renshaw AA, et al. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer: a randomized trial. JAMA. 2008 Jan 23;299(3):289-95.
2. Rice KR, Colombo ML, Wingate J, Chen Y, Cullen J, McLeod DG, Brassell SA. Low risk prostate cancer in men ≥ 70 years old: To treat or not to treat. Urol Oncol. 2013 Aug;31(6):755-60. Epub 2011 Aug 26.
3. Mukherjee S, Reddy CA, Ciezki JP, et al. Risk of developing myelodysplastic syndromes in prostate cancer patients definitively treated with radiation. J Natl Cancer Inst. 2014 Mar;106(3):djt462. Epub 2014 Feb 27.

Capítulo 386

FUNCIONAMIENTO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y PRECAUCIONES POR PARTE DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

1 Introducción

La Resonancia Magnética fue creada en 1972 por Raymond Vahan Damadian, pero en España llegaría en 1983 a Barcelona, donde se realizaron los primeros estudios. Esta técnica no invasiva produce imágenes tridimensionales de los tejidos blandos del cuerpo, empleando imanes para producir un campo magnético cambiante, en cuanto a su intensidad, que hace que los protones se consigan alinear, con ondas de radiofrecuencia que el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico consigue controlar a través de un ordenador que le permitirán cap-

tar imágenes de las estructuras anatómicas internas del cuerpo desde diferentes ángulos. En ella no se utilizan radiaciones ionizantes, es decir, no es radiológica. Podemos decir que hay dos clases de equipos de resonancia magnética según la forma de los imanes:

- Abiertos: formados por un imán encima de otros abiertos, por un lado, entre los que se posiciona al paciente. Estos no se utilizan tanto porque la calidad de la imagen es peor, pero son necesarios cuando el paciente tiene claustrofobia o problemas de sobrepeso.
- Cerrados: son los más utilizados, ya que generan un campo magnético más homogéneo, y con unas imágenes de mayor calidad. El paciente mediante una camilla móvil se adentra a un cilindro de 50 a 70 cm para explorar la región anatómica, siempre que su peso no sea superior a 170 kg.
- El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico forma parte de un equipo multidisciplinar que se velará por conseguir el diagnóstico acertado del paciente para poder ser tratado de forma inmediata de su cuadro clínico, para ello el Técnico de Rayos, deberá de captar la imagen más adecuada según el objetivo a conseguir.

2 Objetivos

- Exponer la labor del Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico a la hora de realizar una Resonancia Magnética, así como explicar las principales características de esta.

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 la realización de una Resonancia Magnética. 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 Radiodiagnóstico o Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico deberá de valorar si el paciente cumple algún criterio para considerarse especial

y aplicar las medidas de seguridad necesarias, además deberá de informarle de la prueba que se le hará, ayudando a posicionarse si lo necesitara y a incorporarse una vez acabe la prueba, indicándole que ya puede vestirse. Si se hubiera aplicado contraste, vigilará que no le causa alergia pidiéndole que permanezca en la sala al menos durante 30 minutos.

La zona del equipo de Resonancia Magnética consta de tres salas:

- Sala técnica: se guarda la documentación y los distintos materiales necesarios para la realización de pruebas.
- Sala de control: es en la que el Técnico de Rayos se encuentra para controlar los distintos aparatos, ver las imágenes en la pantalla del ordenador, etc. En esta sala también se encuentra el monitor del inyector automático de contraste para las exploraciones que lo requieran, sustituto a las bombas de inyección, evitando entrar en la sala de exploración para controlar la infusión. El técnico, a través de un cristal que conecta esta sala con la que está el paciente, podrá verlo para vigilar que todo vaya bien, preguntándole a través de un micrófono.
- Sala de exploración: en ella está el aparato de Resonancia Magnética y la instalación para la refrigeración de los conductos de helio.

La seguridad del paciente en la resonancia magnética se ve respaldada por la identificación y el manejo adecuado de los dispositivos y objetos que no pueden ingresar al entorno magnético. El técnico de imagen desempeña un papel fundamental a la hora de manejar adecuadamente los equipos y elementos, asegurándose de que no ingresan objetos metálicos o implantes contraindicados que pueda portar el paciente al entorno magnético, ya que causarían interferencias como por ejemplo: joyas, desfibriladores, marcapasos cardíacos, bombas de insulina, implantes cocleares, neuroestimuladores y otros dispositivos médicos activos.

El técnico de imagen tendrá como objetivo la obtención de imágenes de alta calidad para el diagnóstico, para ello deberá de posicionar adecuadamente las bobinas de radiofrecuencia, ajustar los parámetros de imagen y garantizar la comodidad y el bienestar del paciente durante toda la prueba, indicándole que no se mueva, y siempre aplicando las normas de bioseguridad. El Técnico deberá tener en cuenta que este dispositivo puede alcanzar los 80dB, por lo que le dará unos auriculares al paciente para evitar molestias en los oídos, también podrían producirse en raras ocasiones lesiones térmicas o reacción al contraste inyectado.

5 Discusión-Conclusión

La Resonancia Magnética es una exploración inocua, no invasiva y segura, siempre que se realice bajo los protocolos de seguridad que permite obtener imágenes

de gran calidad gracias a su excelente resolución de contraste, sin necesidad de aplicar radiaciones X. Es una técnica muy precisa, pero que al sistema sanitario le supone un alto coste su realización y su mayor tiempo de estudio, lo cual hace que haya largas listas de espera.

El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico utilizará este equipo sin peligro para el paciente, para el funcionamiento del dispositivo, ni para él mismo, para ello es necesario que conozca perfectamente su estructura y forma de capturar imágenes, así como los riesgos que pueden existir, aunque sean mínimos. Se le deberá de informar al paciente de no portar joyas, teniendo en cuenta a aquellos pacientes que por su cuadro clínico llevan implantes contraindicados como pueden ser los marcapasos o bombas de insulina.

6 Bibliografía

1. Cursos para técnicos radiodiagnóstico acreditados (aulacem.es)
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-utilizacion-segura-resonancia-magnetica-recomendaciones-S0033833812002767?newsletter=tr>
3. <https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/otras-pruebasdiagnosticas/resonancia-magnetica>.

Capítulo 387

FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACION DE UNA ANGIOGRAFÍA

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

1 Introducción

La angiografía o también conocida como arteriografía, es un procedimiento de diagnóstico médico que ofrece imágenes detalladas y concisas de los vasos sanguíneos de las distintas partes del cuerpo, como pueden ser: el corazón, el cerebro, los pulmones, el abdomen, las extremidades, etc., permitiendo que se puedan averiguar cuadros clínicos de aneurismas, estenosis, embolias pulmonares, malformaciones vasculares y cualquier otro problema a nivel circulatorio.

Para ello, el Técnico de Rayos o el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, inyectará un contraste radioopaco a través de un catéter colocado en vena, que le permitirá observar estrechamientos, obstrucciones o cualquier otra

incidencia. El catéter se irá, se desplazará por los vasos sanguíneos, facilitará la visualización de estos y de las arterias mediante fluoroscopia o radiografía en tiempo real.

El objetivo, además del diagnóstico, también serán los fines terapéuticos, la administración de medicamentos o la realización de procedimientos mínimamente invasivos, como la angioplastia o la embolización.

Cuando el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe de hacer una angiografía, preparará todo el material que necesite y los equipos de rayos X, realizando un recalibrado de los mismos para así asegurarse de que las imágenes sean de calidad. Además, también colaborará con el equipo facultativo y anestesiistas, ya que al ser un método invasivo requerirá anestesia local o algún tipo de sedación. Deberá de tener muy en cuenta las medidas de protección radiológica adecuadas para minimizar la exposición a la radiación tanto para el paciente como para el personal médico involucrado.

2 Objetivos

- Conocer la labor que desarrolla el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico a la hora de realizar una angiografía al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como comentábamos, la angiografía es un método invasivo, pero existe una técnica que ha revolucionado la forma de diagnosticar, y es combinándola con la tomografía computarizada angiográfica, angio-TAC, la cual se ha convertido en una herramienta esencial para los médicos, ya que proporciona imágenes detalladas y no invasivas de los vasos sanguíneos.

El técnico de rayos, también conocido como técnico en radiología, radiólogo intervencionista o Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, realizará las siguientes funciones a la hora de realizar una angiografía:

- Preparación del material y de los equipos: comprobará que los aparatos estén funcionando correctamente, realizando un recalibrado y una prueba para ver la claridad de las imágenes. Estos aparatos son el inyector de contraste, el equipo de rayos X, el monitor de visualización, etc.
- Primer contacto con el paciente: una vez que se encuentre con él, le explicará el procedimiento que se va a llevar a cabo, resolviendo cualquier duda que tenga. Con la ayuda del celador, o si no está él mismo, deberá de posicionar al paciente de la forma adecuada para permitir un buen acceso a los vasos sanguíneos y arterias que se van a estudiar.
- Protección radiológica: se deben seguir las normas de protección radiológica para garantizar que el paciente y el personal estén expuestos a la menor cantidad de radiación posible durante el procedimiento, para eso se pondrán unos delantales de plomo y otros dispositivos de protección.
- Poner los catéteres: estos son tubos muy finos por donde fluirá el contraste, colocándose con una pequeña incisión en la piel. El radiólogo intervencionista colaborará con el médico en la colocación de estos catéteres mediante imágenes de rayos X en tiempo real para guiar el procedimiento de manera precisa.
- Aplicación del contraste: será el técnico de rayos quien manejará el inyector de contraste y administrará el medio de contraste en los vasos sanguíneos mientras se toman las imágenes de rayos X. De esta forma serán visibles para poder observar cualquier anomalía o alteración en los mismos.
- Recepción de imágenes: será el técnico de rayos quien realice las radiografías conforme vaya pasando el contraste por los vasos sanguíneos, siempre con el objetivo de obtener una buena imagen.
- Realización de informe y documentación: el Técnico de rayos, deberá de poner cada detalle del procedimiento, la cantidad de contraste usado, el tiempo que ha estado, el contraste en el interior del paciente, la posición del paciente y cualquier incidencia ocurrida.

5 Discusión-Conclusión

La angiografía es una técnica eficaz, precisa y muy utilizada en el ámbito sanitario por la información que ofrece relativa al estado de los vasos sanguíneos y de las arterias de una zona determinada del cuerpo. Consiste en la colocación de un catéter mediante una incisión en la piel, por el que pasará un contraste

que permitirá detectar posibles embolias pulmonares, obstrucciones, estenosis, aneurismas, etc.

El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico realiza una gran labor a la hora de su realización, ya que aparte de la asistencia al médico o anestesista, comprobará que la máquina de rayos X, los inyectores o cualquier otro aparato que se necesita para la intervención funcione correctamente, además de tomar las imágenes de calidad que permitirán evaluar el cuadro clínico del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.aulacem.es/tecnico-de-rayos-x/>.
2. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/angiocr#:text=La%20angiograf%C3%ADa%20por%20tomograf%C3%ADa%20computarizada,como%20los%20aneurismas%20o%20bloqueos>.
3. Angiografía: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors.

Capítulo 388

LA UTILIDAD DE LOS EQUIPOS PORTATILES DE RAYOS Y EL EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

SERGIO FUENTES MARÍN

SONIA SANCHEZ RUIZ

ROSAIDA ABREU TERRERO

MARTA PERETE DÍAZ

1 Introducción

Una de las funciones que desarrolla el técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID), es la de realizar placas con los equipos portátiles a aquellos pacientes que no pueden ir a las salas de Rayos, por diferentes motivos, como por ejemplo: que esté aislado o en cuarentena, que esté demasiado grave y no convenga trasladarlo, que haga salido de una operación y se encuentre en Reanimación, que esté en UCI, etc. Se harán de cualquier parte del cuerpo, aunque las más comunes son las radiografías de tórax.

Para ello, el Técnico de Rayos, deberá de trasladarse a donde está el paciente, y con ello todos los protocolos necesarios para garantizar la seguridad del paciente,

la suya propia, y la de todas las personas que se encuentren alrededor, ya que se harán en la habitación donde las paredes no tienen plomo como medida de protección, por ello, llevará mandiles plomados para cuidarse de la radiación a la hora de disparar para capturar la imagen. Además, son fáciles de manejar y de transportar a cualquier parte del hospital, de carácter eléctrico de 32 kv.

Estos equipos tienen un extensor que puede moverse casi en 360 grados, de manera que puede acceder a zonas más complicadas. Además, tiene una pantalla táctil para visionar las imágenes y poder ajustar los parámetros de calidad y nitidez. Esta imagen se enviará al un programa especial que las guarda y envía a los radiólogos y médicos especialistas para su evaluación.

2 Objetivos

- Conocer la labor que desarrolla el Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico a la hora de manejar los equipos portátiles a pacientes que no pueden acudir a la sala de rayos X.

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 cuando realiza una prueba con los equipos portátiles de rayos X. 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 Superior en Imagen para Diagnóstico, o el Técnico de Rayos, sabrá que cuando debe de realizar esta tarea, el paciente no puede prácticamente colaborar con él a la hora de posicionarse de la manera más correcta para capturar la imagen más adecuada, por eso, deberá de tener en cuenta que debe de hacerse la prueba de forma rápida, y no exponer a tiempos muy prolongados al paciente a la radiación, al igual que tendrá que limitar el campo de rayos al chasis, ya que eso hará disminuir la radiación dispersa. Siempre deberá de ponerse el delantal o mandil plomado y avisar al resto de personas que se encuentren en la habitación

que salgan y se alejen. Además, el propio técnico podrá disparar un pulsador que tiene extensible, que permitirá que también pueda alejarse aunque lleve el delantal.

El paciente que no puede acudir a la sala de rayos por las razones que vimos anteriormente, muchas veces no podrá estar totalmente tumbado, o completamente erguido, suponiendo una complicación a la hora de posicionar al paciente para que se capture la imagen más adecuada, por eso estos aparatos cuentan con un brazo extensible que permitirá moverse sin necesidad de molestar tanto al paciente.

La mayoría de las peticiones que llegan para los portátiles son placas de tórax simples AP, aunque también pueden llegar peticiones de tórax PA en pacientes pronados y abdomen simple. Estas peticiones son para valorar sondas nasogástricas, catéteres centrales, tubos de drenaje, etc.

El Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico, cuando recibe la petición de hacer una prueba con los equipos portátiles de rayos X, a cualquier área del hospital, ya sea en planta, en Urgencias, en UCI, en Reanimación, etc., lo primero que deberá hacer es identificar al paciente por su nombre y apellidos, su número de historia clínica y ver el volante de petición para saber qué tipo de prueba habrá que realizarle, de manera que si existiera alguna duda, podría consultar con los especialistas o radiólogos para que no existieran errores y se tuvieran que repetir pruebas, sometiendo a radiaciones innecesarias al paciente.

El Técnico de rayos hablará con el paciente para explicarle el motivo de su llegada, y la prueba que se le hará, resolviendo las dudas que pudiera tener. A continuación colocará el chasis, solicitando que salgan de la habitación todas las personas que puedan hacerlo, procediendo a disparar para obtener la imagen, editándola y enviándola al médico peticionario para que pueda evaluarla.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de equipos portátiles de rayos X han supuesto una mejoría y una innovación tecnológica muy usada a la hora de diagnosticar a aquellos pacientes que por diversos motivos no es recomendable que sean trasladados a las salas de rayos, ya sea por estar en UCI, Reanimación, etc.

El Técnico de rayos hablará con el paciente para explicarle el motivo de su llegada, y la prueba que se le hará, resolviendo las dudas que pudiera tener, siempre protegiéndose con un delantal plomado de las radiaciones. A continuación colocará el chasis, solicitando que salgan de la habitación todas las personas que puedan hacerlo, procediendo a disparar para obtener la imagen, editándola y enviándola

al médico peticionario para que pueda evaluarla y diagnosticar al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.aulacem.es/tecnico-de-rayos-x/>.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo : equipos portátiles de rayos X, Tecnico de rayos, Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico.
3. http://seram.es/imágenes/site/documentosSeram/paedxigrafiaequipo_de_rx_convencional_y_equipos_portatiles_con_y_sin_detector_digitalpdf.pdf

Capítulo 389

TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR (TSID): DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE TÉCNICAS TOMOGRÁFICAS

BRENDA BARRERA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los sistemas de radiografía producen una imagen de dos dimensiones de tejidos y órganos corporales aprovechando la diferente absorción de rayos X que presenta cada estructura. Por su parte, la tomografía computarizada se vale de la información recibida al incidir distintos haces de radiación en la zona a examinar, datos que es necesario procesar con complejos algoritmos para generar una sección axial del objeto. Por eso, también se denomina tomografía axial computarizada o TAC.

Para conseguir una sección axial de las estructuras corporales, los equipos de TC deben ser capaces de tomar varias imágenes del objeto desde diferentes ángulos, con las cuales hacer una reconstrucción de las estructuras internas. El mecanismo empleado es un tubo de rayos X que gira alrededor de la mesa sobre la que sitúa el paciente, al mismo tiempo que la mesa se mueve en dirección al tubo. El haz que emite el tubo está muy colimado y tiene forma de abanico. En cada sesión, el tubo gira decenas de veces alrededor de la mesa; cada vuelta se completa en un segundo aproximadamente. Enfrente del tubo, se encuentran los detectores,

dispuestos para recibir la radiación que llega desde distintos ángulos. Un ordenador procesa los datos recabados en cada una de las impresiones individuales que reciben los detectores y los utiliza para reconstruir la sección axial.

2 Objetivos

Dar a conocer como personal sanitario titulado como técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear que realiza sus funciones en un centro hospitalario, cómo han evolucionado las distintas técnicas tomográficas.

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

En 1917, el matemático austriaco Johann Radon desarrolló la base matemática que demuestra que puede usarse un número infinito de proyecciones a través de un objeto para representar la imagen del interior del mismo, principio matemático en el que se basa la tomografía computarizada, pero el primer equipo de TC no se construyó hasta 1967. El responsable fue Godfrey N. Hounsfield, un ingeniero británico que trabajaba para la compañía EMI. El primer aparato de TC recibió el nombre de EMI MARK 1 y se instaló en un hospital inglés en 1971. Hounsfield recibió el Premio Nobel ocho años después. Antes de la fabricación del primer equipo de TC, la radiología convencional utilizaba los principios matemáticos de Radon de una manera más rudimentaria: se desplazaba manualmente el ángulo del tubo o se cambiaba de posición al paciente entre una toma y otra. Para poder aplicar la TC, fue necesario un haz de radiación más estrecho y unos sistemas informáticos más potentes para procesar la información.

Los equipos de TC se clasifican según el tipo de sistema usado. Las TC de primera y segunda generación están obsoletas debido a que requerían de un largo tiempo de exposición y la definición de las imágenes se veía perjudicada. Los escáneres

de TC de las siguientes generaciones siguen utilizándose en mayor o menor medida, aunque algunos tienen costes muy elevados que los hacen inaccesibles para muchos centros sanitarios.

ESCÁNERES DE TERCERA Y CUARTA GENERACIÓN:

En los equipos de tercera generación el haz en forma de abanico es más ancho que el usado en la generación anterior. Se usa este haz para englobar una sección completa del cuerpo del paciente. De esta manera, se suprime la traslación y se mantiene solo la rotación, con giros alrededor del paciente de entre 240 o y 360 o. A la salida del tubo, hay hasta 800 detectores colocados en línea en una matriz que está curvada para que su distancia a los rayos sea la misma en todos los puntos.

Estos escáneres son más rápidos que los modelos anteriores: necesitan menos de 10 segundos para tomar la imagen y representarla.

En los equipos de cuarta generación, el tubo de radiación y los detectores no están unidos en su movimiento giratorio. Estos aparatos tienen un anillo completo de detectores que se mantiene estático, mientras el tubo de rayos X realiza el movimiento de rotación.

Las TC de cuarta generación pueden tener cientos o miles de detectores y cada uno puede registrar una vista equivalente a un ángulo completo de los escáneres de la generación anterior. Además, permite calibrar individualmente cada detector.

Estas TC realizan los exámenes con mayor rapidez, en menos de un segundo, y aumentan la densidad de muestreo, aunque el número de detectores determina el tamaño de la matriz.

5 Discusión-Conclusión

Se ha aprendido como personal sanitario titulado como técnico en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear que realiza sus funciones en un centro hospitalario, como han evolucionado las distintas técnicas topográficas, además de cómo ha avanzado la Tomografía Computarizada de la Primera generación a la cuarta generación. También como han ido desapareciendo generaciones como la primera y la segunda debido a que requerían un largo tiempo de exposición y la definición de las imágenes se veía cada vez más perjudicada. Los escáneres de tercera y cuarta generación son los más utilizados recientemente, aunque algunos son demasiado caros para muchos centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE TÉCNICAS TOMOGRÁFICAS - Ed. Mosby (3 de Septiembre de 2009) <https://feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd5406.pdf>
2. GENERACIONES DE LA TC- Juan Carlos Ramírez Giraldo (5 de Octubre de 2010) http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622008000200008

Capítulo 390

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA GRIPE

PATRICIA GARCÍA ABEIJÓN

JUAN LUIS PALOMO GARCIA

1 Introducción

La gripe es una enfermedad infecciosa producida por el virus influenza, caracterizada por presentar variaciones en su estructura antigénica. Esto explicaría la necesidad de vacunación anual, ya que, al aparecer nuevas variantes, la población crece de inmunidad, la infección se propagaría con rapidez y con tasas altas de incidencia, incluso llegando a provocar la muerte en personas débiles.

El virus de la gripe puede resultar muy peligroso para personas que tengan patologías respiratorias, dado que suele afectar a los pulmones.

Sus síntomas suelen ser sintomáticos, como fiebres altas, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor articular, escalofríos y dolor de garganta.

En niños, la sintomatología suele ser parecida a la de los adultos, aunque ellos suelen padecer dolor de estómago, vómitos, diarrea y náuseas.

Esta enfermedad puede presentar complicaciones secundarias a cualquier edad, las mujeres embarazadas deben tener mucha precaución dado que se le puede contagiar al bebé. Los pacientes con enfermedades crónicas y las personas mayores también corren mucho riesgo, por lo que se les recomiendan la vacunación anual.

La gripe es un virus peligroso y de gran difusión, tiene una alta mortalidad, incrementa la demanda asistencial en centros sanitarios, lo que significa un gran gasto para el sistema sanitario nacional de salud.

2 Objetivos

- Definir los grupos de población a los que se les recomienda la administración de la vacuna.
- Explicar los tipos de vacunas existentes y las edades a las que hay que administrarlas.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas, MEDLINE (Pubmed) y EMBASE, así como en la web de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) y en la base de datos del medicamento (Botplus), para consultar la evidencia científica disponible sobre la campaña de vacunación frente a la gripe.

4 Resultados

La vacunación de la gripe está recomendada en personas mayores de 60 años, residentes en centros sociosanitarios, embarazadas en cualquier trimestre de embarazo y personas menores de 60 años con patologías crónicas y personas convivientes con pacientes trasplantados, insuficiencia renal crónica, VIH y con pacientes con tratamientos inmunosupresores.

También está recomendada en el personal sanitario y sociosanitario, tanto de empresas privadas como públicas, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, nacionales, autonómicos o locales, bomberos, servicios de protección civil, emergencias, 112,...

A la población infantil entre 6 y 59 meses de edad, personas fumadoras, estudiantes en prácticas en centros sanitarios y sociosanitarios y ganaderos, cazadores, en general profesionales con contacto con animales.

Tipos de vacunas frente a la gripe:

Desde los 65 años se utiliza la vacuna reforzada con adyuvante, se administra una dosis por vía intramuscular.

Residentes de centros sociosanitarios mayores de 60 años se les administrará la vacuna de alta carga antigénica, una dosis por vía intramuscular o subcutánea.

La población de 14 a 64 años con alguna patología de riesgo se les administrará una vacuna de cultivo celular, una dosis por vía intramuscular.

De 5 a 13 años, con alguna patología de riesgo, se le administrará una vacuna inhalada, dos dosis separadas 4 semanas por vía nasal.

La población infantil de 24 a 59 meses, se les administrará una vacuna inhalada.

A la población sana se le administrará una dosis por vía nasal. A los pacientes con alguna patología se les administrarán 2 dosis por vía nasal separadas 4 semanas.

De 6 a 23 meses, se administrará la vacuna clásica, una dosis por vía intramuscular o subcutánea.

Se priorizará la vacunación en pacientes mayores de 80 años, residentes en centros sociosanitarios y al personal sanitario y sociosanitario.

5 Discusión-Conclusión

Después de ver todas las consecuencias que genera el virus de la gripe, pensando en lo grave que es, se recomendaría alcanzar o superar una cobertura del 75% de las personas mayores, del personal sanitario y sociosanitario y el 60% de las mujeres embarazadas y personal de alto riesgo.

Desde que existe la vacuna de la gripe y la población se la administra, los efectos de esta enfermedad son más leves, reduciéndose los fallecimientos, ingresos hospitalarios, incapacidades temporales y con todo esto el gasto del sistema nacional de salud mengua sustancialmente, por ello es recomendable seguir las instrucciones de nuestros médicos de atención primaria y farmacéuticos.

6 Bibliografía

1. P. Lorenzo, A. Moreno, J.C. Leza, I. Lizasoain, M.A. Moro. Farmacología básica y clínica. 17ª Edición.
2. Linda S. Constanzo. Fisiología. Elsevier España. 7ª Edición.
3. Recomendaciones de vacunación estacionas 23/24. Consejo interterritorial. SNS.

Capítulo 391

EL MECÁNICO Y ELECTRICISTA PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS, EQUIPO DE MANTENIMIENTO DEL CENTRO HOSPITALARIO Y LA CLASIFICACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS MANUALES

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

Las herramientas manuales son objetos de trabajo que, a modo de extensión del cuerpo de la persona que lo utiliza, normalmente de manera individual, permiten la realización de tareas mecánicas que sin ellas serían muy difíciles de realizar o, simplemente, imposible por distintas razones: falta de fuerza, accesibilidad, movilidad, por sus dimensiones, etc. Su uso solo requiere la acción de la fuerza muscular de la persona que la está utilizando.

Entre las características más relevantes de las herramientas manuales caben destacar las siguientes:

- Son instrumentos humanos, confeccionados por el ser humano con el objeto de darles usos.
- Su finalidad es hacer el trabajo más preciso y más sencillo, esto lo realizan mediante el aprovechamiento de una aplicación inicial de fuerza que se maximiza o se convierte en una energía distinta y cuanto más compleja es la herramienta menor es la fuerza inicial que debe aplicar el individuo.
- Tiene una función técnica, es decir, están diseñadas para la realización de uno o más usos específicos.
- Normalmente están fabricadas de materiales de gran resistencia o de gran dureza.

El uso de las herramientas manuales es indispensable en el desarrollo de cualquier oficio o trabajo, también para el profesional mecánico que forma parte del personal del equipo de mantenimiento de los centros hospitalarios. El mecánico del centro hospitalario debe tener un profundo conocimiento de las herramientas que debe utilizar en el desarrollo diario de su trabajo no solo para que le resulte más fácil la realización de cada tarea, sino también para aumentar su productividad. Sin olvidar que un conocimiento intenso de las herramientas y maximizará su uso seguro y minimizará los riesgos asociados que conlleva trabajar con ellas.

2 Objetivos

- Exponer y analizar diferentes criterios de clasificación de las herramientas manuales utilizadas por los mecánicos de un centro hospitalario.
- Destacar la importancia del uso adecuado de las herramientas manuales en el trabajo del mecánico de un centro hospitalario.

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: “herramientas manuales”, “mecánico y herramientas manuales” o “herramientas manuales clasificaciones”.

4 Resultados

Existen diferentes criterios a la hora de establecer clasificaciones de las distintas herramientas manuales. Si el criterio es la acción que realiza el mecánico se podría diferenciar entre herramientas para impulsar, como los destornilladores y herramientas utilizadas para ser golpeadas, como los punzones; otro criterio a utilizar podría ser por el tipo de trabajo que realizan, así si son usadas para montar, como las llaves, o si lo son para golpear, como los mazos; otra forma de clasificación es la que atiende al esfuerzo que realiza el mecánico con la mano durante el trabajo, por ejemplo si se trata de una torsión de la mano, como con los destornilladores, si el esfuerzo realizado con la mano es de tracción, como en el uso de las tenazas, o si se trata de movimientos de aprehensión, como ocurre con el uso de pinzas.

Uno de los criterios más utilizados para la clasificación de las herramientas entre los mecánicos de los centros hospitalarios es la que atiende a su funcionalidad, y según este criterio las siguientes serían las tipologías de herramientas más comunes:

- Herramientas de serrar: Se usan para la realización de cortes en madera, metales y otros materiales. Ejemplos serían los serruchos o los distintos tipos de sierras.
- Herramientas de sujeción: Se usan para mantener sujetos los objetos en su lugar mientras se realiza alguna acción o manipulación y ayudan a mantener más protegidas las manos. Entre ellos se encontrarían los tornillos de banco, las pinzas o los alicates.
- Herramientas de corte: Se usan cortar o separar distintos materiales. Un ejemplo común son las tijeras.
- Herramientas de medición o trazado: Se usan para la medición y el marcaje de alguna dimensión en distintos materiales. Ejemplos son los calibradores, las reglas, los metros o los y niveles.
- Herramientas de golpe: Se utilizan para aplicar fuerza mediante golpes, como las mazas o los martillos.
- Herramientas de montaje: Se usan para ensamblar o desensamblar, como llaves y destornilladores.
- Herramientas para taladrar: Se usan para hacer agujeros en distintos materiales. El ejemplo más común es el taladro.
- Herramientas de unión: Estas herramientas se utilizan para unir piezas o materiales. Se incluyen las pistolas de silicona o los sopletes.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión: En este artículo se ha abordado la importancia de las herramientas manuales en el trabajo del mecánico de un centro hospitalario y se han presentado diferentes criterios de clasificación para estas herramientas. Se destaca que las herramientas manuales son extensiones del cuerpo humano, diseñadas para hacer el trabajo más preciso y sencillo, y su uso es indispensable en cualquier oficio o trabajo, incluyendo el mantenimiento de los centros hospitalarios.

La investigación realizada ha permitido identificar distintos criterios de clasificación de las herramientas manuales utilizadas por los mecánicos. Entre ellos, se mencionan criterios basados en la acción que realiza el mecánico, como herramientas para impulsar o golpear, así como criterios relacionados con el tipo de trabajo que realizan, como herramientas de serrar, de sujeción, de corte, de medición o trazado, de golpe, de montaje, para taladrar y de unión.

Entre las tipologías de herramientas más comunes para los mecánicos de centros hospitalarios, se encuentran las herramientas de serrar, de sujeción, de corte, de medición o trazado, de golpe, de montaje, para taladrar y de unión. Cada una de estas herramientas cumple una función específica y es fundamental que el mecánico conozca su uso correcto para aumentar la productividad y minimizar los riesgos asociados al trabajo con ellas. En resumen, la correcta clasificación y utilización de las herramientas manuales son aspectos fundamentales para el trabajo eficiente y seguro del mecánico del centro hospitalario. Un conocimiento profundo de las herramientas permitirá realizar las tareas mecánicas de manera más precisa, facilitando la labor diaria y contribuyendo al mantenimiento y funcionamiento adecuado de los equipos e instalaciones hospitalarias.

6 Bibliografía

Bibliografía

1. Álvarez Rodríguez F. Herramientas. Rev Esp Patol [Internet]. 2015 [citado el 1 de agosto de 2023];48(2):66. Disponible en: <https://concepto.de/herramienta/>
2. Casas T. Clasificación de herramientas [Internet]. Monografias.com. 2012 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos91/clasificacion-herramientas/clasificacion-herramientas>

Capítulo 392

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

En lo que se refiere al derecho al secreto y confidencialidad de su situación médica ya la protección de datos personales, la legislación sanitaria contempla el derecho a la información del paciente cuando acude a un centro de salud. La historia clínica es la fuente de dicha información de salud, por lo que debe ser manejada de forma privada. La historia clínica, que es propiedad del centro de salud en el que se encuentra, los archivará garantizando su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, es por tanto el documento de salud más importante de cualquier usuario o paciente. Refleja, en soporte papel, audiovisual y soporte informático, la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial. Los criterios y puntos de vista presentados allí son los de la comunidad médica. La historia clínica se rige por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de

diciembre, de Protección de Datos de las personas y garantías de los Derechos Digitales. Todo empleado que tenga acceso a la historia clínica de un paciente está obligado a mantener privada la información que ésta contenga.

El personal del ámbito sanitario, así como el personal no sanitario, como el auxiliar administrativo, están sujetos a este secreto. Solo el propio paciente puede autorizar el acceso a la historia del paciente, que se niega a cualquier miembro de la familia. Cuando el paciente fallece, el historial médico se agrega a un archivo pasivo.

2 Objetivos

- Obtener información de la salud del paciente para así facilitar el tratamiento de su enfermedad, por ello el auxiliar administrativo debe respetar todo lo que en ella se plasme manteniendo la normativa de protección de datos existente.
- Conocer los modelos de historia clínica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos como: Pubmed y Google Academic. En esta base de datos se ha utilizado como palabra clave “Historia Clínica”, “privacidad datos sanitarios”. También se ha consultado la legislación existente en materia de definición y acceso a la historia clínica.

4 Resultados

Independientemente de si un paciente está allí para una consulta, una cita de seguimiento o una prueba, siempre se utiliza la Historia Clínica. Gracias a ello, el profesional que la atiende tiene acceso a la historia clínica de la paciente, tanto si la recibe él como si es otro profesional. De esta manera, la historia clínica:

- Facilita el acceso a la atención médica.
- Posibilita la prestación de atención médica por un equipo de especialistas de diversas áreas.
- Proporciona los datos necesarios para un diagnóstico preciso, documentando las condiciones pasadas y presentes del paciente.
- Le permite elegir el mejor curso de acción para cada paciente.
- La evolución del paciente está bajo control.

Hay dos formatos diferentes para los registros médicos:

La historia clínica tradicional es la que se anota y se lleva historia clínica electrónica, cuyos datos se guardan electrónicamente. Dependiendo de la situación en la que se recopile la información, existen tres tipos de historial:

1. Se lleva a cabo en una emergencia (como parte de las emergencias).
2. El tipo de consulta más frecuente se realiza en el consultorio médico.
3. Durante la estancia del paciente en el hospital se realizaría una anamnesis, lo que se conoce como hospitalización.

Hay tres modelos de historia clínica en total:

La prueba protocolizada es aquella que se realiza de acuerdo con un conjunto de preguntas predeterminadas que facilita a los profesionales médicos realizar un diagnóstico.

El registro cronológico abarca desde el inicio de la enfermedad hasta las pruebas a las que se sometió el paciente, así como el tratamiento, control y cualquier nota adicional al proceso médico que se le atienda.

Las historias clínicas enfocadas a temas de salud son las que más maneja Atención Primaria.

5 Discusión-Conclusión

La protección de la privacidad y la información personal es un derecho. Toda persona tiene derecho a que se proteja su intimidad, pero este derecho es aún más importante cuando se trata de cuestiones de salud porque solo la persona mencionada en la historia clínica o, en su caso, la persona en quien se delegue tiene derecho a conocer a ellos. La divulgación de información privada puede resultar en quejas de quienes sienten que se ha violado su privacidad e incluso en actividades delictivas. El acceso a los datos de la historia clínica estará a disposición del personal directivo y administrativo de los centros de salud que desarrolle su propia actividad (usar, archivar, conservar, custodiar y transmitir información).

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002 del 14 de noviembre.
2. Ley Orgánica de protección de datos <https://www.aepol.es>.
3. <https://www.nardoc.net>.

Capítulo 393

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL CONTROL DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

La responsabilidad de los servicios de suministros hospitalarios es adquirir, transportar y almacenar los recursos materiales necesarios para los hospitales y centros de salud.

El auxiliar administrativo, de quien se puede decir que es un componente clave en todas estas tareas, será el personal y la organización del hospital, quienes se encargarán de estos requisitos fundamentales, que son cruciales para que todo funcione como se espera.

Estas categorías se aplican a los suministros.

Los suministros internos se almacenan en el almacén y se distribuyen a las distintas unidades para llevar a cabo la actividad asistencial.

- Suministros externos: Son las fuentes que utilizan los distintos proveedores para obtener ofertas o presentaciones de nuevos productos.

En esta sección se enumeran:

- Materiales antihigiénicos: estos incluyen, por ejemplo, alimentos, artículos de limpieza, artículos de oficina, ropa del personal y ropa de los pacientes encamados.

- Material sanitario: incluye vendajes, hilo, grapas y material de radiodiagnóstico.

- Otros materiales: incluyen tubos fluorescentes, electricidad, material radiactivo y gas ciudad.

El auxiliar administrativo juega un papel muy importante en la producción del departamento de compras y suministros y tienda general de varios pasos y sus funciones son mas que necesarias para la operación eficiente y correcta de este departamento.

2 Objetivos

- Dar a conocer el servicio de suministros hospitalario y el papel y las funciones del auxiliar administrativo en este servicio.

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, se han consultado artículos en distintas publicaciones académicas de artículos científicos a través de navegadores como Google.

4 Resultados

Se puede decir que el personal administrativo y los auxiliares administrativos ahora juegan un papel crucial dentro de la organización y gestión del sistema de salud, como resultado de la reciente digitalización que se ha producido en esta industria.

La capacidad de cubrir el costo de los servicios de salud, cuyo objetivo es brindar atención al paciente, es necesaria para que se produzca este adecuado funcionamiento.

Un servicio de abastecimiento, que incluye un almacén y divisiones de compras, es fundamental para ello.

La planificación es crucial porque, además de asegurar que todo se obtiene, también es crucial lograr el mayor ahorro de costos posible sin comprometer la calidad. De esta forma, los administrativos y auxiliares administrativos que trabajen dentro de un almacén de un centro hospitalario de contratación de bienes y servicios dentro de la sección de compras serán los encargados de que todo llegue como debe.

En consecuencia, en el departamento de compras se llevan a cabo las siguientes tareas.

- Recibimos ofertas de nuestros proveedores habituales o de introducción de nuevos productos.
- Estos presupuestos y ofertas se examinan posteriormente.
- Cumplido lo anterior, se informa al proveedor de la aceptación o no de la oferta. Cuando es aprobado por la Junta de Compras del hospital, la compra se aprueba oficialmente.
- Las órdenes de compra se colocan con los proveedores según sea necesario. Cada producto que tiene un código único simplifica mucho la gestión.
- Se establece una ventana de entrega para los pedidos, y se reportan los que no llegan a tiempo.

En el almacén se realizan las siguientes funciones:

- Recepción de los productos.
- Realización de los pedidos solicitados y posterior distribución de los mismos.
- Se realizan stocks, controles de calidad e inventarios.

5 Discusión-Conclusión

Para atender adecuadamente a los pacientes, debe haber un número suficiente de hospitales y centros de salud.

Cuando se trata de un buen suministro, el auxiliar administrativo cobra especial importancia porque es él quien se encarga de gestionar los documentos que generan las órdenes de suministro y, entre otras cosas, determinar si existen errores en la mercancía recibida todos los productos está informatizado, lo que simplifica enormemente la búsqueda y el almacenamiento de productos.

Para brindar a los pacientes un servicio de alta calidad, la coordinación y el trabajo en equipo efectivo entre todo el personal de suministro y sus secciones son cruciales y esenciales.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://revistamédica.com>.

Capítulo 394

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN EL ÁREA DE URGENCIAS

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ VICENTE

ANA BELÉN BASCUÑANA GARCÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

1 Introducción

El Servicio de Urgencias Hospitalarias es un servicio público con sede hospitalaria especializado en la atención a todos los ciudadanos que necesiten o demanden asistencia urgente. Tiene la capacidad de gestionar el ingreso de un paciente a una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder al alta a su domicilio. El auxiliar administrativo es el miembro del personal encargado de supervisar la documentación clínica de los pacientes, así como su ingreso en los distintos centros de salud. Con el fin de mantener la eficiencia en el uso de los recursos y la cohesión de la organización con el paciente y su proceso asistencial, y asegurar el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad real, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica es la unidad en encargado de articular la ordenación, coordinación y priorización de las actividades

que se desarrollan en torno a la atención médica. A través de un procedimiento administrativo, se requiere un registro de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital.

Por lo general, todo lo que se necesita es presentar una tarjeta de salud vigente. Después de registrarse, se le pedirá que espere hasta su llamada para su evaluación. El equipo de atención al transporte te dará la información que necesitas para el registro si llegas en ambulancia.

2 Objetivos

Describir las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del 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 Servicio de Ingreso y Documentación Clínica proporciona el apoyo organizativo e informativo necesario para garantizar una adecuada atención al paciente ante la demanda de atención en el servicio de urgencias hospitalario. Cuando se trata de la unidad de emergencia, las funciones del auxiliar administrativo son:

- Un registro del episodio de emergencia.
- La coordinación del proceso asistencial dentro de la organización.
- Derivaciones dentro del centro.
- El auxiliar administrativo, como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y planificada entre centros y debe evaluar su adecuación a las normas y procedimientos de derivación vigentes en cada momento, facilitando la organización y el apoyo información necesaria para mantener cohesionada la organización sanitaria ante el paciente. Las funciones del auxiliar administrativo en relación con el proceso de derivación intercentro son las siguientes:

- Recoger y registrar las solicitudes de asistencia que se realizan al centro directamente o a través de este a otros centros.
- Atender las solicitudes de apoyo enviadas al centro o a otros centros de acuerdo con las prioridades y criterios del hospital.
- Crear canales de comunicación y coordinación con otros niveles de atención y establecimientos para el manejo de casos que requieran atención inmediata de otro establecimiento o continuidad de atención.
- En general, asumir las siguientes responsabilidades al derivar pacientes quirúrgicos a otras instalaciones:
 - *Seleccionar los pacientes a derivar de acuerdo con los procedimientos establecidos, trabajando en coordinación con los servicios quirúrgicos.
 - *Cumplir con el aviso del paciente y ubicación para la propuesta de derivación.
 - * Manejar las solicitudes de asistencia y la documentación clínica requerida garantizando la confidencialidad.
 - *Programar la asistencia, verificarla y comunicar la hora y modalidad de asistencia brindada.
 - *Continúe actualizando cada archivo abierto, registrando cualquier posible incidente.
 - * Mantenga su línea de comunicación abierta con el paciente en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el proceso de admisión de pacientes en urgencias se inicia con su llegada y su ingreso a través del sistema informático del sistema de salud, el papel del auxiliar administrativo en urgencias es fundamental. En cuestión a través de la inclusión de datos, tales como el diagnóstico inicial, síntomas y demás información registrada inicialmente por el asistente administrativo de dicha área, este solicitará los datos de los pacientes y a través de estos y su número de historia clínica informará a la emergencia a partir de ahí y viendo la importancia de los síntomas de los pacientes, se iniciará el triaje de urgencias, en el que serán atendidos como atención prioritaria o secundaria dependiendo de la importancia. El auxiliar administrativo del área de emergencias será fundamental en la organización de la respuesta a las emergencias médicas derivadas de todo esto.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.

2. <https://dialnet.unirioja.es/>.
3. Pubmed

Capítulo 395

MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EQUIPO DE MANTENIMIENTO Y LA REPARACIÓN DE CAMAS ARTICULADAS

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

1 Introducción

En un centro hospitalario muchos de sus pacientes ingresados y en particular personas de avanzada o edad o con la movilidad reducida han de permanecer mucho tiempo en la cama, para estos pacientes se recomienda el uso de camas articuladas hospitalarias, ya que ofrecen muchas opciones de personalización, se pueden poner de diversas posiciones para que el paciente esté sentado, con las piernas en alto, acostado, etc. además se pueden ajustar en altura lo que permite que los cuidadores tengan posturas no ergonómicas cuando atienden a estos pacientes.

Estas camas tienen un armazón elevador accionado por un motor silencioso, funcionan con un mando de control remoto a través de un enchufe eléctrico.

Las averías más usuales en estas camas son las eléctricas, debidas a una rotura por defecto de fabricación, por el uso inadecuado y por el desgaste diario de los componentes mecánicos.

Las camas suelen tener cuatro planos de articulación diferentes:

- Plano superior: Inclina la cabeza y el tronco, es el más armado, ya que debe soportar más peso, el respaldo se puede levantar con distintos grados de inclinación, muy utilizado cuando el paciente tiene que comer, para mejorar la respiración, etc.
- Plano lumbar: es el plano fijo y dispone de unos reguladores adicionales de firmeza además de un refuerzo de doble laminado. La firmeza aumenta a la vez que el grado de separación del regulador.
- Plano inferior: este suele estar dividido en dos tramos, uno se usa para adaptar la posición de la cadera hasta la rodilla y otro es utilizado para la elevación o bajada de rodillas a pies.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste una cama articulada, sus diferentes planos y las habituales reparaciones que debe realizar el mecánico y electricista en ellas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre la literatura verificada encontrada y basada en 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

Las camas articuladas, al igual que los somieres, son habituales en averías, puede ser por un mal funcionamiento del motor o por problemas y desgastes en el cableado eléctrico.

Normalmente los arreglos de las camas articuladas los realizan los mecánicos y los electricistas del hospital, ya que suelen ser averías de cableado y conexión. El

mando del control a distancia también suele dar fallos debido a su continuo uso. Los problemas más habituales que el mecánico y electricista se encuentran son:

- Fallo del funcionamiento de la articulación, normalmente es por un fallo del motor o del hardware que activa dicha articulación, deberá hacer comprobaciones para ver qué articulación es la que falla y tomar medidas de tensión.
- Ante un fallo de motor, lo primero que debe realizar las comprobaciones más básicas, fallo de enchufe, cable pelado, obstáculo en el motor, falta de lubricante, desgaste de rodamientos...verificando la correcta colocación de los conectores en el motor.
- Si la cama está bloqueada del todo y ninguna de las opciones básicas ha logrado su funcionamiento, será necesario extraer el motor del somier para poder examinarlo y comprobar los planos, siendo necesario quitar las cubiertas que mantienen sujeto el motor a la cama, con el motor apagado, presionaremos con gran precaución, ya que los aviones caerán de forma repentina cuando lo quite-mos.
- Revisaremos el motor ayudándonos del manual de instrucciones del fabricante, en el cual se suelen detallar las principales incidencias y su posible reparación, hay veces que conviene reemplazarlo a repararlo.
- Comprobaremos que funciona adecuadamente, revisando el mando, las ruedas, pedales, que las barandillas estén en buen estado, el cabecero, piecero, etc. si observáramos alguna anomalía, procederemos a informar a nuestro superior y haremos la reparación lo antes posible.

5 Discusión-Conclusión

Las camas sean articuladas o no, de un centro hospitalario deben de repararse según lo las recomendaciones que establece el manual del fabricante de las mismas, en caso de tener que reemplazar piezas, se recomienda que sean originales o compatibles en el caso de que ya no se fabricaran, para así salvaguardar la garantía del producto.

Tanto el mecánico como el electricista que prestan sus servicios en los centros hospitalarios deben estar atentos a los fallos más usuales de las camas articuladas, cómo los del motor, barandillas sueltas, ruedas atascadas y la no respuesta al funcionamiento del mando, así como reemplazando las piezas desgastadas o con anomalías.

6 Bibliografía

1. Mantenimiento Camas Articuladas [Internet]. Eurosomni.com. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.eurosomni.com/es/blog/mantenimiento-camas-articuladas-b37.html>
2. by. ¿ Cómo mantener y cuidar una cama articulada para prolongar su vida útil? [Internet]. Mundodependencia.com. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://mundodependencia.com/como-mantener-y-cuidar-una-cama-articulada-para-prolongar-su-vida-util/>
3. Toni PP. Reparalo tu mismo [Internet]. Blogspot.com. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://yopuedorepararlo.blogspot.com/2016/03/reparacion-conexion-mando-cama.html>

Capítulo 396

EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EFECTUADO POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL EQUIPO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

La palabra mantenimiento es utilizada para definir las operaciones necesarias que aseguran el adecuado funcionamiento tanto de la maquinaria y como del edificio. Hay dos tipos de mantenimiento el preventivo y el correctivo.

- Mantenimiento preventivo, es aquel cuya finalidad es prevenir los posibles fallos en el funcionamiento, llevando a cabo las operaciones que recomienda el fab-

ricante del aparato o maquinaria respecto a engrases, controles periódicos de revisión y reemplazo de piezas programadas.

- Mantenimiento correctivo es el que se realiza cuando se produce un fallo. Este mantenimiento tiene como característica de originarse en los momentos más inesperados y cuya solución suele tener un gran coste.

Un mantenimiento preventivo no elimina al mantenimiento correctivo, pero si lo reduce de forma acusada. El mantenimiento debe contemplar los dos sistemas, es lo llamado mantenimiento global, que debe contemplar las dos posibilidades de actuación por parte de los profesionales que forman parte del equipo de mantenimiento.

El personal de mantenimiento ha de estar debidamente formado para dominar distintas técnicas, correspondientes a diferentes oficios, como electricidad, mecánica, climatización, albañilería...

Para cubrir las necesidades de mantenimiento de un centro hospitalario, suelen tener unos turnos variables, debido a que aunque tengan funciones programadas, también deben ir a las averías imprevistas y solucionarlas a la mayor brevedad posible.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste el mantenimiento y sus tipos.
- Explicar la importancia de electricistas y mecánicos en sus funciones de mantenimiento 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. Las palabras clave usadas han sido; mantenimiento hospitalario.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de averías que se pueden producir en toda clase de instalaciones eléctricas, por lo que es imprescindible que se establezcan unas normas de

actuación, con los pasos que hay que seguir para asegurarse si realmente hay una avería, ya que hay ocasiones en que las mismas se pueden resolver cambiando una pieza fácilmente reemplazable. Las causas más frecuentes que producen una avería en la instalación eléctrica son: La falta de corriente, un fallo mecánico y un fallo del circuito eléctrico.

Entre los fallos eléctricos más comunes nos encontramos con:

- Avería por falta de corriente, puede ser originada, por ausencia de tensión en la red, fusibles fundidos por sobrecarga o por cortocircuitos, cables de alimentación cortados o fallo en el aislamiento de la instalación interior causando que el diferencial salte.
- Fusibles fundidos, los fusibles están en la cabecera de la red, su reparación es el reemplazo del fusible fundido con uno del mismo amperaje.
- Fusibles fundidos por cortocircuito, de primeras no podremos saber si se ha fundido por sobrecarga o cortocircuito, pero si colocamos uno nuevo y se funde inmediatamente podremos estar seguros que es por cortocircuito, deberemos localizar el sector y reparar la parte dañada.
- Cables de alimentación cortados, se producen en los cables flexibles de alimentación del aparato, sobre todo en pequeños electrodomésticos.
- Borne suelto, los bornes suelen soltarse debido al uso cuando hay más de un conductor en el mismo borne.
- Fallo de aislamiento, saltando el diferencial, cuando salta el diferencial lo habitual es que se vuelva a restablecer sin problema, pero si sigue saltando nos indica que hay algún problema en un receptor y ha de ser localizado, lo que no debe hacerse es anular el diferencial o puentearlo, ya que existiría el riesgo de incendio.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones del servicio correctivo de mantenimiento, no son todas las originadas del servicio preventivo, ya que muchas veces la solicitud viene por parte de supervisores y encargados, normalmente estas órdenes se reciben por teléfono, ya que es urgente y requiere una reparación inmediata, cuando la reparación no es urgente se solicita rellenando una hoja de partes de averías, donde se explica el motivo, indicando el preciso lugar de actuación y el nombre de la persona que lo solicita, por si hubiera que consultarle. Una vez subsanada la avería, el profesional electricista y mecánico rellenarán un parte de trabajo, donde indicarán el procedimiento y día de la reparación, y el material utilizado.

6 Bibliografía

1. MP_software. Diferencias entre mantenimiento preventivo y correctivo [Internet]. MPsoftware CMMS MP. 2019 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://mpsoftware.com.mx/diferencias-entre-mantenimiento-preventivo-y-correctivo/>.
2. Mantenimiento correctivo, preventivo y predictivo, ¿cuál es mejor? [Internet]. Einatec. 2018 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://einatec.com/blog/mantenimiento-correctivo-preventivo-y-predictivo/>.
3. Abiertos ES. Diferencias entre el mantenimiento preventivo y correctivo [Internet]. Blog de SEAS. SEAS, Estudios Superiores Abiertos; 2022 [citado el 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.seas.es/blog/produccion-mantenimiento/diferencias-entre-el-mantenimiento-preventivo-y-correctivo/>.

Capítulo 397

MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y EDIFICIOS POR EL EQUIPO DE MECÁNICOS Y ELECTRICISTAS, PERTENECIENTES A GESTIÓN Y SERVICIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS

HONORATO LOZANO MOYA

IVAN ESPARTERO MUÑOZ

LUIS MIGUEL DEL FRESNO SÁNCHEZ

DAVID SANCHEZ CAMBRONERO

JOSÉ LUIS CASADO APARICIO

1 Introducción

Los principios útiles que han de ser tenidos en cuenta para ejecutar el mantenimiento de montaje, instalaciones/edificios sanitarios deben estar fundamentados en la imposición de una Ingeniería de Mantenimiento; de esta forma con su único uso se logra el preciso control y estado de conservación, funcionamiento y estado de los servicios de los equipos, instalaciones, elementos, etc., certificando de esta forma la calidad de los servicios brindados por los mismos.

Se realizarán diversas actividades de:

- Operaciones de conducción
- Mantenimiento preventivo: es el que el mecánico realiza de forma diaria para impedir fallos y adquirir un inmejorable funcionamiento de instalaciones y equipos.
- Mantenimiento predictivo: es aquel en el que el mecánico realiza actuaciones o técnicas para localizar los fallos antes de que deje de fallar por completo.
- Mantenimiento correctivo: es el que realiza el mecánico, cuando ya existe fallo o avería.
- Regulación y supervisión sobre las instalaciones para certificar el mejor mantenimiento de las mismas.

Es primordial detallar la constancia o periodicidad con que las rutinas de mantenimiento tienen que ser realizadas por los mecánicos, ya que estas pueden permitirse ser diarias, mensuales, trimestrales, semestrales o por año, todo dependiendo en función de una serie de factores que abarca el tiempo indicado para el mantenimiento por parte del fabricante, la vida útil de los equipos médicos y los indicadores que el técnico de mantenimiento, en este caso el mecánico considere importantes.

2 Objetivos

El objetivo en este capítulo es conocer las funciones y competencias que debe desarrollar el equipo de mecánicos de los centros sanitarios en lo que viene siendo su jornada laboral. El mecánico de mantenimiento realiza diversos trabajos y tareas, entre las que puede destacar el ajuste, instalación, revisión, acondicionamiento y reparación de motores, maquinaria industrial y diferentes tipos de equipos 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 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 mantenimiento implica comprobar el estado actual de los equipos, las instalaciones y otros bienes no lucrativos, para velar siempre por su buen funcionamiento y uso. La finalidad del mantenimiento general es reconocer las señales precoces de un defecto para disminuir el riesgo de averías no programadas y acotar la necesidad de ejecutar mantenimiento correctivo.

El mantenimiento de instalaciones y equipos de trabajo radica en hacer todas las actuaciones y acciones imprescindible en ellos para librarse de fallos y averías. Su meta es asegurar el funcionamiento y la reserva de los equipos e instalaciones. Con un preciso mantenimiento mecánico de los equipos de trabajo descubriremos muchos beneficios: incrementaremos la vida útil de los equipos de trabajo, reduciremos gastos al disminuir el uso de repuestos y recambios, disminuirémos el riesgo de avería e incrementará el valor residual del mismo. Por lo que en efecto, un buen mantenimiento sobre los equipos de trabajo realizado por el equipo de mecánicos de los centros sanitarios aumenta la productividad de la máquina.

- Entre las diferentes funciones que realiza el conjunto de mantenimiento se encuentran actuaciones de tipo mecánico (reparación de camas, carros, etc.) cerrejería, fontanería, si corresponde, excepto en el caso que se habilite de personal cualificado en la materia (como es el caso de algunos hospitales) o que el saneamiento o mantenimiento de la misma se considere una urgencia.
- En cada turno el número de técnicos mecánicos no será menor a dos, teniendo que haber una distribución lo más igualada posible para toda la plantilla en los diferentes turnos, mañana ,tarde y noche teniendo en cuenta la carga de trabajo. De todas formas, los medios personales que se dispondrán serán los adecuados para cumplir con los programas primeramente establecidos.
- En cada turno se realizarán actividades de: (cocina, gases medicinales, balas de gases, puertas metálicas, incubadoras, neveras, ventanas de seguridad, etc.).
- Mantenimiento correctivo: a través de partes enviados por los diferentes miembros del personal del centro sanitario donde explican la avería y el artículo a reparar (sillas, camillas, puertas, ventanas...)
- El grado de atención que necesita cada una de las instalaciones dependerá del efecto/daño que pudiera generar la suspensión de una de ellas sobre el funcionamiento del centro sanitario. Por lo que se debe clasificar las instalaciones fijas en varios grupos:
 - 1) Instalaciones vitales: son las que en caso de que se produzca un fallo o parada prolongada, colapsarán el centro sanitario, como por ejemplo: alimentación, instalación eléctrica y distribución de agua, instalación de gases medicinales

(oxígeno, vacío, protóxido de nitrógeno y aire medicinal), aparatos elevadores.

2) Instalaciones importantes: las que pueden establecer problemas graves en el centro sanitario, como por ejemplo: Redes de vertidos y saneamiento, depuradora central térmica, horno incinerador, central frigorífica, instalación de climatización, instalación de gasóleo, instalación de GLP, cocina, cámaras frigoríficas, lavandería, central telefónica, intercomunicadores, buscapersonas.

3) Instalaciones variadas: ventilación y extracción general, instalación contra incendios, instalación de televisión, instalación de pararrayos, correo neumático, extracción gases laboratorios.

5 Discusión-Conclusión

El mantenimiento de instalaciones y equipos de trabajo radica en hacer todas las actuaciones y acciones necesarias en ellos para impedir fallos y averías. La meta del mecánico es confirmar el funcionamiento y la reserva de dichos equipos e instalaciones.

Dentro de la actividad de un centro sanitario (hospital, centro de salud, comunidad terapéutica...) no debemos ignorar el importante papel que desenvuelve el equipo de mecánico de dichos centros tanto a nivel del propio del edificio como de los equipos o instalaciones del mismo, ya que un error o daño en los mismos puede producir situaciones de emergencia que podrían dar lugar a perjuicios ya sea de forma directa o indirecta a terceros (personal sanitario/no sanitario, pacientes...), por lo cual debemos contar con este personal durante las 24h del día, o bien llevando a cabo su trabajo en forma de turnos presenciales o con guardias localizadas.

6 Bibliografía

1. Tictap.me. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.tictap.me/blog/que-tipos-de-mantenimiento-existen-y-puedo-aplicar-a-mis-instalaciones-y-equipos-de-trabajo/>.
2. Por E. Insst.es. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/679600/Gu%C3%ADa+para+la+gesti%C3%B3n+preventiva+de+las+instalaciones+de+los+lugares+de+trabajo.pdf/30313392-c5a8-4c50-b7b0-749af2ab8569>.
3. Gob.es. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf.

Capítulo 398

LOS RIESGOS ELÉCTRICOS Y EL PERSONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTE A GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

1 Introducción

El personal perteneciente a gestión y servicios, dentro del equipo de mantenimiento como son los profesionales electricistas y mecánicos que prestan su labor en los centros sanitarios y hospitalarios, realizan tareas de mantenimiento tanto correctivo como preventivo, realizando reparaciones, controles, etc. En sus funciones como electricistas y mecánicos pueden sufrir riesgos tanto psicológicos como físicos que pueden llegar a poner en serio riesgo su salud e incluso provocar la muerte. La electricidad es un tipo de energía limpia, pero puede suponer

un riesgo tanto en las personas como en bienes materiales debido a un uso indebido por la falta de conocimientos adecuados y correctos de algunas personas respecto a su uso.

Podemos considerar como riesgo eléctrico a la exposición potencial de la corriente de electricidad al cuerpo humano y su capacidad de circular por el mismo, y a su poder conductor, de combustión capaz de provocar incendios en bienes materiales.

La electricidad la tenemos presente en casi todos los entornos laborales y no debemos olvidar que puede llegar a ser muy peligrosa. Las funciones que puedan suponer una exposición al riesgo eléctrico, ya sea por parte de los técnicos electricistas y mecánicos como del resto de trabajadores con un contacto accidental, necesitan ser identificadas y así poder aplicar las medidas específicas de prevención.

2 Objetivos

- Exponer los posibles riesgos del paso de corriente a través del cuerpo humano.
- Enunciar los factores principales influyentes en los riesgos por contacto eléctrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo humano puede ocasionar lesiones físicas de tipo secundario como: calambres, caídas, colisiones y pequeñas quemaduras, pero también existen riesgos de tipo primario, son los más graves y necesitan asistencia sanitaria.

Consecuencias de riesgos eléctricos graves y muy graves:

- Fibrilación ventricular: consiste en el movimiento desordenado del corazón, detiene el bombeo de sangre a los órganos, con su consecuente daño en los mismos.

- Quemaduras: pueden ser distinto grado, las más graves destruyen la piel, comprometiendo a órganos vitales.
- Tetanización: es el movimiento descontrolado de los músculos cuando la corriente eléctrica pasa por ellos, se pierde el control, de piernas, manos y brazos con el riesgo que supone.
- Asfixia: afecta al sistema nervioso central el cual regula la función respiratoria, este se altera ante el paso de corriente eléctrica, pudiendo llegar a provocar un paro respiratorio.

El personal electricista y mecánico deben informar y aplicar las normas básicas de prevención, entre estas están:

- Comprobación del estado de los cables antes de utilizar e cualquier equipo eléctrico.
- Antes de enchufar o desenchufar una máquina o aparato eléctrico, deberemos apagarlo.
- No tirar de los cables para desenchufar, lo haremos cogiendo el enchufe para no dañar cables.
- No sobrecargar el enchufe poniendo demasiadas regletas de enchufes múltiples.
- No manipular los aparatos eléctricos con las manos y el cuerpo mojadas, tampoco en ambientes húmedos y retirar lo que pueda provocar que se moje accidentalmente.
- Prestar atención para que exista un sobrecalentamiento anormal de motores y equipos.
- Si se produce un incendio eléctrico deberemos usar los extintores de Clase C para extinguirlos, nunca usaremos agua.
- Las herramientas y los equipos que necesiten mantenimiento y limpieza deberán ser desenchufados antes.

5 Discusión-Conclusión

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sienta las bases acerca de los distintos tipos de riesgos laborales, pero en de junio de 2001 se publicó el Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, dónde se especifican unas disposiciones mínimas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores frente a los posibles riesgos eléctricos.

En el ámbito sanitario y hospitalario debido a la complejidad y coste de los equipos sanitarios es muy importante tener una correcta instalación eléctrica, con un mantenimiento periódico, y así reducir y evitar el riesgo eléctrico tanto

para los pacientes como para los trabajadores del hospital. Todo profesional electricista y mecánico que trabaje con instalaciones eléctricas ha de estar debidamente capacitado y autorizado.

6 Bibliografía

1. CTAIMA. ¿Qué es el riesgo eléctrico y qué factores causan accidentes? [Internet]. CTAIMA - Software Prevención Riesgos Laborales y Coordinación Empresarial. CTAIMA; 2021 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ctaima.com/blog/que-es-el-riesgo-electrico-y-que-factores-causan-accidentes/>.
2. Eléctrico R, Control B. Upm.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Prevencion%20de%20Riesgos%20Laborales/Informacion%20sobre%20Prevencion%20de%20Riesgos%20Laborales/Manuales/folleto%20laboratorios%20el%C3%A9ctricos%2021nov2006.pdf>.
3. BOE-A-2001-11881 Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, sobre disposiciones mínimas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores frente al riesgo eléctrico [Internet]. Boe.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-11881>.

Capítulo 399

CENTRALES DE ALARMAS DE INCENDIOS, SISTEMAS CONVENCIONALES E INTELIGENTES, Y SU MANTENIMIENTO POR EL PROFESIONAL ELECTRICISTA Y MECÁNICO PERTENECIENTES AL GRUPO DE GESTIÓN Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

JUAN GIJÓN MERCHAN

PEDRO JAVIER DÍAZ YÉBENES

JUAN RODRIGUEZ CHAPARRO

LUIS SANTIAGO LAGUNA CANO

MANUEL JIMÉNEZ ALMOGUERA

1 Introducción

Los edificios sanitarios y hospitalarios son especialmente sensibles a sufrir un riesgo de incendio, ya que en ellos hay muchas personas con movilidad reducida,

dependientes, personas con edad avanzada o con patologías con las cuales una evacuación por riesgo de incendio puede llegar a suponer poner en peligro su vida, ya que su capacidad de percibir una alarma, su falta de movilidad, su dependencia en cuanto a autonomía, o dependencia por estar conectados a aparatos o sistemas de soporte vital conlleva a diferentes complicaciones de los pacientes en caso de que se produzca un incendio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Sistema Nacional de Salud (SNS), han publicado una guía de Prevención de Incendios y Evacuación para Hospitales, en la cual exponen las principales zonas y causas que originan incendios en los centros hospitalarios, estas son:

- En las zonas de cocina, concretamente por la multitud de electrodomésticos, fogones, túnel de lavado, etc.
- Entre la basura o desechos, debido a la generación de calor.
- En el cableado eléctrico y de iluminación y equipos médicos y electrónicos por posibles cortocircuitos, sobrecargas de tensión, cables en mal estado que producen chispas, etc.
- En los equipos de calefacción y ventilación.
- En la zona de lavandería concretamente con los equipos de lavado y secado de ropa y lencería.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste el mantenimiento y sus tipos.
- Explicar y exponer la importancia de electricistas y mecánicos en sus funciones de mantenimiento hospitalario, dentro de las cuales está el mantenimiento y vigilancia de los sistemas antincendios y alarmas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado 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; alarmas contra incendios y electricistas.

4 Resultados

La mayoría de los incendios en los centros hospitalarios se originan en las cocinas, así como en otras zonas donde se concentran grandes cantidades de ropa y los laboratorios y zonas de almacenaje en las cuales se manipulan y almacenan gases y líquidos inflamables.

Las alarmas contra incendios suelen estar conformadas por una red flexible de paneles conectados formando un único sistema, el esquema modular se adapta a cada área del hospital, cubriendo sus necesidades, ya que se integran en el sistema contra incendios y en el resto de sistemas de seguridad y automatización que existan. En una alarma contra incendios los detectores de aspiración de humos son primordiales, estos están conectados a la red de seguridad local, y al estar siempre activos actúan en la detección precoz de incendios en las zonas donde estén instalados, en un centro hospitalario hay muchos detectores de humos en todas las zonas, sobre todo en aquellas donde hay más riesgo de incendios, están dotados de tecnología para la detección, resisten a la contaminación y su compensación de temperatura respecto a la presión del aire hace que el sensor active las señales de incendio, garantizando un aviso fiable. Su unidad de aspiración toma muestras del aire que hay en la zona de control a través de un sistema de tuberías que tiene unas perforaciones destinadas exclusivamente a las muestras de aire y las envía al módulo de detección, los detectores de humo en función a su sensibilidad activa la alarma si se alcanza una determinada densidad de humo, la alarma será tanto acústica como iluminada y el LED de la misma transmitirá la alarma al CDI, este comparará el nivel de humo con las variables determinadas y determinará si la alarma es falsa o verdadera.

5 Discusión-Conclusión

Para poder garantizar que todos los sistemas de protección contra posibles incendios, se hace necesaria la revisión periódica de los mismos por parte de electricistas y mecánicos, hay zonas en las que el acceso está restringido o que están continuamente en funcionamiento como por ejemplo los quirófanos, pero podrán acceder a ellos de manera remota y así verificar la información del estado de todos los elementos del sistema antincendios, detectando si los sensores están sucios y el estado de las baterías y los cables, al ser una plataforma con control remoto, recibirán aviso si se requiere mantenimiento a través de un mensaje de advertencia, pudiendo así coordinar el mantenimiento preventivo.

6 Bibliografía

1. Cuadernosdeseguridad.com. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cuadernosdeseguridad.com/2022/06/seguridad-contraincendios-en-los-hospitales-requisitos-para-la-proteccion-de-los-mas-vulnerable/>.
2. La seguridad contra Incendios en hospitales [Internet]. Contraincendios Tartessos. 2023 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.contraincendios Tartessos.com/planificacion-contraincendios/>.
3. de Economía M, núm. I y. C, De de 12 de J. Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios [Internet]. Boe.es. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-6606-consolidado.pdf>.

Capítulo 400

EL PERSONAL SUBALTERNO CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

1 Introducción

El paciente oncológico es aquel paciente que padece la enfermedad conocida como "cáncer" la cual se manifiesta con la aparición de un tumor.

Las estadísticas demuestran que el cáncer es la causa de muerte principal en todo el mundo, existiendo multitud de cánceres en las cuales los tumores los cuales se manifiestan en zonas corporales diferentes. Los cánceres de mama, pulmón y colorrectal son los más comunes, mientras que los cánceres de pulmón, colorrectal y hepático son los más letales y los de mama y testículos los menos letales.

En los centros sanitarios de referencia existirá una unidad donde se tratarán diariamente estas enfermedades, son los conocidos centros de hospital de día oncológico. En estas unidades se atiende al paciente a través de una consulta médica

que con los resultados de la analítica previa se establece el tratamiento oncológico más adecuado para el paciente.

En estas unidades de hospital de día oncológico desarrollan su actividad profesional con el paciente oncológico una gran variedad de profesionales englobados en varias categorías profesionales. Dentro del personal sanitario se encuentran: médico oncólogo, farmacéutico, enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y dentro del personal no sanitario se encuentran: personal subalterno.

Del mismo modo, cada día existirá un grupo de voluntarios que prestarán apoyo a pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Definir diversos conceptos relacionados con la oncología, entre ellos: paciente oncológico, hospital de día oncológico, el cáncer.
- Conocer el funcionamiento del hospital del día, así como el personal profesional que interviene con el paciente oncológico.
- Detallar las funciones realizadas por el personal subalterno en el hospital de día oncológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes oncológicos cuando acuden a la unidad del hospital de día oncológico tienen que realizar una serie de actuaciones ordenadas, puesto que de una depende el desarrollo de las demás, estas actuaciones son:

- Extracción de una analítica de sangre a primera hora, por lo que los pacientes deben acudir en ayunas.
- Tomar algún alimento. Una vez realizada la analítica deben recuperar fuerzas por lo que se marcharán a desayunas mientras salen los resultados de la analítica.

- Pasan consulta médica, donde el médico oncólogo establecerá el tratamiento farmacológico o la administración de quimioterapia o radioterapia. o Pacientes que reciben quimioterapia, pasarán a la sala de tratamiento donde el equipo de enfermería le administra los ciclos de quimioterapia. o Pacientes que reciben tratamiento farmacológico, pasarán por la consulta de farmacia del hospital de día donde el farmacéutico le suministrará la medicación ordenada por el médico especialista.

El celador será el encargado de que el paciente no espere demasiado tiempo entre una actividad y otra, puesto que será el encargado de trasladar los elementos necesarios para el desarrollo de la jornada en el hospital de día oncológico.

- Una vez al paciente se le ha realizado la extracción de sangre, se trasladará de manera inmediata la analítica al servicio de laboratorio, distribuyendo los tubos en los laboratorios correspondientes (microbiología, hematología y bioquímica).

- Cuando un paciente acude a la extracción de sangre y no se encuentran sus tubos, previamente preparados por el servicio de extracciones, el celador deberá desplazarse a la secretaría del laboratorio y solicitar las pegatinas de las pruebas solicitadas por el médico oncólogo.

Mientras el equipo de enfermería y farmacia preparan los ciclos de quimioterapia en las cabinas, el celador realizará otras funciones en el hospital de día, a demanda de las demás categorías profesionales.

- Trasladar a pacientes a realizar pruebas en el servicio de radiología.

- Trasladar a pacientes al servicio de urgencias si requieren de atención inmediata.

- Trasladar medicación desde el servicio de farmacia hasta la consulta de farmacia del hospital de día oncológico.

Una vez los ciclos de quimioterapia estén preparados, el celador los trasladará desde el servicio de farmacia hasta la unidad de tratamiento del hospital de día oncológico.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno con el paciente oncológico. La actuación del celador en el hospital de día oncológico” nos demuestra el orden de las actuaciones realizadas por el paciente oncológico en el hospital de día oncológico. Cabe destacar que el celador participará en cada una de ellas, favoreciendo el rápido desarrollo y auxiliando al equipo profesional para que su actuación no se demore, puesto que estos pacientes pasan muchas horas en el hospital de día oncológico y acaban exhaustos y desmotivados.

Mientras el celador desarrolla su actuación, deberá mostrar una actitud alegre, positiva y empática con el paciente ya que estos padecen momentos de alegría y de desmotivación, por lo que necesitan el apoyo tanto de familiares como de profesionales.

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. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.

Capítulo 401

EL PINCHE DE COCINA Y LA CONGELACIÓN Y CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN FRÍO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

1 Introducción

Se deben recordar 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. El nombre del alimento debe estar marcado en el paquete porque no todos los alimentos se pueden mantener a baja temperatura simultáneamente. Además de otros muchos artículos, podemos encontrar neveras, cámaras y congeladores. El proceso de congelación y descongelación debe realizarse correctamente. 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. La temperatura del frigorífico es inferior a -18°C , lo que inhibe la actividad bacteriana y enzimática que, de otro modo, echaría a perder los alimentos. Por lo tanto, la contaminación debe verse como un alimento que vuelve a la normalidad sin perder su valor nutricional. Dado que se empaquetan correctamente antes de almacenarlos en un refrigerador, los diferentes tipos de productos alimenticios no se mezclan en un congelador para evitar la posible contaminación cruzada.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es estudiar el proceso de congelación y descongelación de los alimentos para que no pierdan sus propiedades y la función del pinche de una cocina hospitalaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en páginas e internet, como es Google utilizando palabras clave. Por medio de una recopilación de información e investigación sobre la conservación de alimentos a temperaturas bajas en los manuales de MAD.

4 Resultados

Aunque existen muchas técnicas de conservación diferentes, veremos la conservación a bajas temperaturas. Durante un tiempo determinado, debemos almacenar cada tipo de alimento en los congeladores y cámaras.

Durante un máximo de 10 meses, la carne y las aves se pueden congelar. El pescado y el marisco solo deben congelarse durante un máximo de seis meses. En lugar de almacenar alimentos por debajo de 0°C , por debajo de 3°C se ralentizará el crecimiento de microbios y se detendrá la producción de toxinas, lo que extenderá la vida útil de los alimentos. El pescado se puede almacenar de 1 a 2 días, la carne de 3 a 4 días y las aves de corral de 4 a 5 días en el refrigerador.

Las verduras se pueden conservar en el frigorífico durante 5-7 días, la leche durante 3-4 días y los huevos durante 2-3 semanas. Las comidas preparadas se pueden conservar entre uno y tres días. Las verduras se pueden congelar hasta por 9 meses cuando están listas para congelarse. 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.

Después de la preparación, deben envasarse inmediatamente, y se recomienda reducir rápidamente la temperatura utilizando el congelador para mejorar la calidad y la seguridad de los alimentos.

Los alimentos como las ensaladas verdes, los champiñones, la crema y algunas salsas no deben congelarse porque tienden a desmoronarse durante el proceso de recuperación. La ultracongelación se utiliza en productos alimenticios con la etiqueta de "congelado rápido" para mantener las cualidades distintivas del producto.

También podemos congelar alimentos o comidas preparadas, pero no mezclar diferentes alimentos en el frigorífico. La congelación continua a una temperatura igual o inferior a -18°C en todas sus partes frena la actividad de microorganismos que pueden alterar la calidad de los alimentos. Para evitar la contaminación cruzada, no combinar alimentos cocidos y crudos. No se permiten en la cámara cajas de envío ni productos enlatados. Se deben utilizar temperaturas bajas durante el proceso de descongelación para evitar el crecimiento de microorganismos. 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. Nunca descongelar la comida en el fregadero porque perderá nutrientes. Los platos fríos deben regenerarse a 8°C , mientras que los platos calientes deben regenerarse a una temperatura superior a 65°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. Además de una adecuada descongelación para evitar su crecimiento y garantizar que lleguen a los consumidores en las condiciones adecuadas, el etiquetado y envasado de los alimentos son cruciales para evitar el movimiento y crecimiento de microorganismos. Se debe asegurar de que la nutrición de los pacientes sea adecuada y ayude a mejorar su condición, particularmente cuando esos pacientes no tengan los cuerpos más saludables.

Por ello, los pinches cocina de un hospital, deben ser cautelosos a la hora de almacenar alimentos a bajas temperaturas, teniendo en cuenta si los alimentos están congelados o refrigerados, y siguiendo el protocolo para su recuperación, tanto si se sirven calientes como fríos.

6 Bibliografia

1. <https://ikastaroak.ulhi.net/>.
2. <https://www.intarcon.com/>.

Capítulo 402

EL PINCHE DE COCINA Y LAS FUNCIONES DENTRO DE LA COCINA HOSPITALARIA

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ CIFUENTES

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

RAQUEL CÓZAR GARCÍA

1 Introducción

Cualquier hospital o centro de salud que ofrezca servicios de alimentación a pacientes, personal y visitantes debe contar con una cocina hospitalaria. De acuerdo con los requisitos médicos y dietéticos únicos de cada paciente, la cocina del hospital está a cargo de planificar, preparar y entregar comidas seguras y nutricionalmente equilibradas a los pacientes.

El objetivo principal de la cocina del hospital es brindar a los pacientes acceso a comidas atractivas y deliciosas al mismo tiempo que satisface sus necesidades nutricionales y dietéticas.

La cocina del hospital debe ser capaz de satisfacer las necesidades de los pacientes que pueden tener diversos requerimientos dietéticos, como dietas bajas en sodio, sin gluten, vegetarianas, entre otras.

Para detener la propagación de enfermedades infecciosas y salvaguardar la salud de los pacientes, el personal y los visitantes, la cocina del hospital también debe cumplir con estrictos estándares de higiene y seguridad alimentaria. Los miembros del personal reciben capacitación especializada en higiene y manipulación segura de alimentos, y las cocinas de los hospitales suelen estar sujetas a estrictas normas y estándares de seguridad alimentaria.

En conclusión, la cocina del hospital es un componente crucial de cualquier hospital o centro de atención médica, ya que contribuye significativamente a la salud y la recuperación de los pacientes al ofrecer comidas saludables que se adaptan a sus requisitos dietéticos y médicos individuales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones y tareas del pinche 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.

4 Resultados

Dado que es responsable de ayudar en la preparación y distribución de comidas, el pinche de cocina juega un papel crucial en la preparación de alimentos para pacientes en un entorno hospitalario. En un hospital, las responsabilidades principales de un asistente de cocina incluyen:

Preparación de alimentos: El pinche de cocina asiste en la preparación de los alimentos que se sirven a los pacientes del hospital, respetando las recetas y normas establecidas por el cocinero o dietista.

Limpieza y organización de la cocina: El pinche de cocina es el encargado de mantener la limpieza y organización de la cocina respetando las normas establecidas de higiene y seguridad alimentaria.

Distribución de comidas: el pinche de cocina también puede ayudar con la distribución de comidas a los pacientes, asegurándose de que las bandejas de comida

se entreguen a tiempo y en los lugares correctos.

El trabajo conjunto con otros profesionales es necesario para que el pinche de cocina se asegure de que las necesidades dietéticas y nutricionales de los pacientes están cubiertas. Este trabajo en equipo incluye al cocinero, al dietista y a otros miembros del personal.

Control de stock: El pinche de cocina también puede estar a cargo de controlar el nivel de stock y realizar los pedidos de los suministros que requiere la cocina. Finalmente, el pinche de cocina de un hospital juega un papel fundamental en la preparación de las comidas de los pacientes que requieren una atención especializada y una dieta específica. Para proporcionar a los pacientes y sus acompañantes una alimentación adecuada y segura, debe tener conocimientos sobre higiene de los alimentos, técnicas de cocina y trabajo en equipo eficaz.

Dado que la nutrición es un componente crucial de la recuperación de los pacientes, también se recomienda que el pinche de cocina tenga compasión por los pacientes y sus necesidades dietéticas.

5 Discusión-Conclusión

Para los pacientes, profesionales médicos y visitantes, el pinche de cocina del hospital es crucial en la preparación y servicio de los alimentos. En cuanto a la limpieza, seguridad y calidad de la comida que se sirve en el hospital, es fundamental que el pinche de cocina adopte una actitud proactiva.

Para evitar la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico, se recomienda que el pinche de cocina tenga conocimientos básicos de nutrición, manipulación de alimentos y buenas prácticas de higiene. Para asegurarse de que se satisfagan las necesidades dietéticas y las preferencias personales de los pacientes, también es fundamental que el pinche de cocina esté organizado y colabore eficazmente con los demás miembros del personal de cocina.

6 Bibliografía

1. Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.

Capítulo 403

EL PINCHE DE COCINA Y SU ACTUACIÓN EN LOS ALIMENTOS QUINTA GAMA 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

El término "gama" se utiliza para categorizar los alimentos de acuerdo con sus propiedades y métodos de procesamiento, así como su tipo de origen.

Los alimentos denominados de quinta gama presentan ventajas e inconvenientes que se comentan para su uso en la cocina hospitalaria:

- Los alimentos primera gama son alimentos nuevos que no han pasado por ningún tratamiento previo. Estos mantienen todos sus nutrientes y cualidades originales. La carne y el pescado sin procesar, las frutas y las verduras son ejemplos de estos alimentos.

- Alimentos de segundo gama, como enlatados y semiconservas. Para el almacenamiento durante varios meses, estos alimentos pasan por procesos. Son alimentos envasados al vacío en latas a los que les quedan algunos años para su fecha de caducidad. Incluyen alimentos como frutas, verduras, pescado y legumbres.
- Los alimentos que entran en la tercera gama son los alimentos congelados, que se pueden consumir después de un breve proceso de cocción y ayudan a conservar los alimentos. Son alimentos congelados. Es una técnica para cocinar rápidamente los alimentos para que permanezcan frescos y listos para el consumo. Hay una fecha de caducidad de estos alimentos.
- Los alimentos de la cuarta gama son los envasados al vacío y sin cocinar, que suelen ser frutas y verduras.
- Los alimentos de quinta gama son alimentos que han pasado por un proceso específico, normalmente se cocinan y envasan, y además reciben un tratamiento de frío para su correcta conservación.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es conocer los factores beneficiosos y contraproducentes de los alimentos de quinta gama por los pinches de cocina.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se llevó a cabo una búsqueda y una revisión bibliográfica y en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores de internet, como es Google con palabras clave “alimentos quinta gama”.

4 Resultados

En los hospitales hay muchos tipos diferentes de pacientes. Dependiendo de su patología pueden requerir una dieta particular, y los alimentos de quinta gama están bastante estandarizados, por lo que en ocasiones no cubren las necesidades de cada paciente.

Son muchos los factores beneficiosos de los alimentos de quinta gama, pero también se han detectado una serie de inconvenientes, entre los que podemos ver los siguientes:

- Pérdida de productos por fechas de vencimiento; los alimentos deben almacenarse adecuadamente para evitar que se echen a perder y sea necesario tirarlos.

- Los alimentos que se estandarizaron en el proceso de cocción perdieron su sabor único.
- Hay muchos más recipientes desechables que antes. Los alimentos se entregan en contenedores destinados únicamente al transporte y la conservación; no se muestran cuando se sirve a los clientes.
- Los alimentos de primera pierden su frescura original cuando se cocinan, conservan y almacenan.

Es importante mencionar el impacto ambiental del aumento de los desechos de dióxido de carbono causado por el traslado de estos alimentos desde el lugar de preparación hasta el lugar de consumo.

La eliminación de los alimentos de quinta gama de las tareas de cocina supone una reestructuración del personal necesario para el desarrollo de las tareas y funciones que se requieren, que es uno de los inconvenientes de las cocinas de los centros hospitalarios, lo que supondrá una disminución de personal.

Los alimentos de quinta gama tienen algunas ventajas y desventajas, por lo que la mayoría de los hospitales optan por un sistema de acción laboral tradicional para crear empleo público y ofrecer a los pacientes un sistema sanitario de calidad.

Aunque este método de conservación de alimentos tiene muchos beneficios, también es muy costoso en comparación con otros métodos y requiere un alto nivel de manipulación por parte del personal de cocina.

5 Discusión-Conclusión

El resultado de un alimento seco que conserva una parte importante de sus propiedades organolépticas, como aroma, gusto o sabor, en su estado original.

Aunque este método de conservación de alimentos tiene muchos beneficios, también es muy costoso en comparación con otros métodos y requiere un alto nivel de manipulación por parte del personal de cocina.

En un centro hospitalario, es responsabilidad directa de los gerentes, pero esta es una responsabilidad de los pinches de cocina y de los cocineros, quienes necesitan estar capacitados y formados de forma correcta para conocer los nuevos desarrollos para mantener sus habilidades dentro de una cocina hospitalaria.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://riunet.upv.es>.

Capítulo 404

VIOLENCIA DE GÉNERO

MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO

1 Introducción

El concepto de violencia de género usado internacionalmente fue concertado por Naciones Unidas en 1993 como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.¹

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideró que la violencia de género hacia las mujeres era un contratiempo para la sanidad pública fijando los peligrosos efectos que implica para la salud.

Es primordial distinguir entre violencia doméstica, que es practicada dentro del entorno familiar, con respecto a un miembro de la misma sin importar el género; y violencia de género que es llevada a cabo en cualquiera de los medios en los que la víctima se relaciona pero tiene su origen principal en el papel que realiza la mujer.²

Haremos alusión a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en lo referente a la aplicación de normas reglamentarias de obligado cumplimiento, que nos sirvan como base de tratamiento y actuación contra la violencia de género.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de violencia de género.

- Distinguir entre los tipos de violencia de género.
- Sensibilizar al personal de asistencia sanitaria con las víctimas de violencia de género.
- Dictar las pautas para la prevención desde el sistema sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La OMS ha descrito la violencia de género como un elemento sustancial en el detrimento de la salud, ya que los atentados implican daños incurables, en el ámbito biológico, psicológico y social de las mujeres y sus hijas.¹

Los hombres que maltratan a las mujeres, en el día a día de una sociedad que aún sigue haciendo distinciones entre ambos sexos, han entendido que la mejor fórmula para ejercer el dominio sobre la mujer es utilizando la violencia.

Se distinguen varios tipos de violencia:

- Violencia física: suceso intencionado que supone la aplicación de la fuerza (como por ejemplo tortazos, azotes, magulladuras, lesiones, roturas, o abrasiones) que ocasionan o pueden ocasionar perjuicio en el cuerpo de la mujer.
 - Violencia Psicológica: comportamiento premeditado dilatado en el tiempo que vulnera la integridad anímica y mental de la mujer y su honorabilidad como ser humano, cuya intención es aplicar el modelo de conducta que el hombre piensa que tiene que cumplir su pareja. Se pone de manifiesto a través de burlas, ofensas e intimidaciones, orden de sumisión, retraimiento social, responsabilización, confinamiento, fiscalización de los bienes, chantaje emocional, repulsa o desidia. Nos encontramos con el problema de que este tipo de violencia es más compleja de probar, no es tan evidente como la violencia física o sexual, con frecuencia ni la víctima es consciente de ella.
 - Violencia sexual: siempre que se obliga a la mujer a un comportamiento sexual, sin ella consentirlo, por medio de violencia o amenazas.
- Independientemente del tipo de violencia que se lleve a cabo, todas ellas influyen significativamente en la salud física, psíquica, sexual, reproductiva y social de la

mujer, aunque la conducta agresora haya finalizado.¹

Cuando se da una situación de violencia, además de la propia víctima, también resultan afectadas las personas de su entorno más próximo, bien sea este laboral o social. Por esta razón, el personal sanitario tiene que estar preparado para ser espectador de su dolor y sus heridas.

Debido a la gran repercusión que estas situaciones generan en los profesionales sanitarios, estos deberán recibir una formación y ayuda necesaria para trabajar de manera coordinada para poner en funcionamiento métodos que no permitan que la impresión generada influya de forma negativa a la hora de tomar dictar resoluciones sobre la víctima.

La función del personal de los centros sanitarios es primordial para apoyar a las mujeres maltratadas, ya que estas, en algún momento a lo largo del tiempo estarán en contacto directo con ellos. El descubrimiento del problema supondrá una nueva puerta abierta hacia el entendimiento.

La mayoría de las veces, las mujeres víctimas de la violencia de género están esperando en sigilo que alguien les pregunte directamente, para poder contar lo que están pasando, aunque en otros casos prefieren seguir ocultándolo para proteger a sus seres queridos, por temor, por que se sienten coaccionadas por su entorno, por recelo al castigo, por necesidades económicas o de un hogar...²

Así pues, hay momentos en los que se necesita la participación de expertos para dar una solución global propia de esta clase de escenarios.

En el momento de evaluar la importancia del interés puesto por los profesionales a la hora de la asistencia, se debe valorar la atención advertida por la mujer maltratada.

Desde los centros sanitarios se fomentarán como poco las siguientes competencias:

- Consultar a menudo a las mujeres a cerca de la presencia de la violencia de género
- Estar preparado para percibir posibles indicios y señales que impliquen una situación de violencia.
- Brindar una asistencia total y anotarla en su expediente.
- Apoyarle para asimilar su dolor y sus afecciones como resultado de la violencia.
- Advertir a las mismas de los medios disponibles.
- Preservar su intimidad e inviolabilidad.
- Motivar y ayudar durante todo el procedimiento.
- Eludir conductas egoístas o condenatorias.

Desde las instituciones sanitarias se indican una serie de sugerencias para ayudar a prevenir la violencia de género:

1. Concienciar al personal: promoviendo el aprendizaje constante de los profesionales y desarrollando reuniones con expertos de otros organismos.
2. Cuidar la salud global de las mujeres: comunicarles que el tema de la violencia es motivo de asistencia sanitaria y hacerles saber que disponen de ayuda. Animarlas a que desarrollen cualidades, principios y tareas que fomenten su independencia, el uso de sus derechos e impulsar a que colaboren en actividades colectivas dentro y fuera del régimen sanitario.
3. Relación en el ámbito social: cooperar con instituciones sociales, por medio de talleres, conferencias y con el sistema educativo para promover una enseñanza mixta como forma de previsión.

Los profesionales intervendrán de manera diferente en función de si la mujer identifica o no la situación de violencia. A su vez, el personal asistencial tiene el deber de comunicar la situación a la autoridad judicial, a través del parte de lesiones y certificado médico si es preciso. De esta manera se podrán acelerar los procedimientos judiciales encaminados a custodiar a la víctima e impide que el agresor quede exento de castigo. Anteriormente, se pondrá en conocimiento de la víctima evaluando con la misma su estabilidad y tomando las precauciones para que el peligro sea ínfimo.

Cuando la mujer no quiere acusar a su agresor, le surge la duda de si debe realizar lo que se espera de ella como mujer en la lucha por sus derechos y lo que le indica la ley, o por el contrario mantener es secreto su intimidad.

El personal sanitario alguna vez, desconfía de la claridad de la historia, por ese motivo cuando solo hay conjeturas se dará aviso al Ministerio Fiscal.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es hoy en día uno de los grandes problemas de la sociedad, que en la mayoría de los casos se sufre en silencio. Surge en una comunidad en la que subsisten muchas diferencias entre hombres y mujeres y el predominio del hombre frente a la mujer y la costumbre de utilizar la violencia para resolver los problemas.

El elemento esencial que amenaza la violencia de género es el hecho de ser “mujer”.

La mujer padece un abandono gradual de su dignidad, acrecentando su respeto y temor hacia el agresor. Para este último, esto será la confirmación de que su plan marcha a la perfección.

La violencia de género es un dilema notable que causa importantes efectos en la salud, de naturaleza reiterativa y que supone un elevado costo para el sistema de

salud y para la sociedad.

La labor del personal sanitario será de gran ayuda para lograr su reconocimiento y enfocar el planteamiento para poder disminuir el peligro en las víctimas, a su vez que se convierten en el conducto para la comunicación a las autoridades competentes.²

6 Bibliografía

1. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet] [Citado 5 agosto 2023] Disponible en: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1892/1/ProtocoloAnd__ActuacionSanitaria_ViolenciaGenero_2015_2ed.pdf.
2. Eficacia jurídica de la actuación de los profesionales sanitarios en la protección de la víctima de violencia de género. [Internet] [Citado 5 agosto 2023] Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EficaciaJuridicaDeLaActuacionDeLosProfesionalesSan-6295144%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EficaciaJuridicaDeLaActuacionDeLosProfesionalesSan-6295144%20(1).pdf).
3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6295144>.

Capítulo 405

ACOSO LABORAL O MOBBING

MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing es una cuestión que afecta a la humanidad desde tiempos remotos, que ha ido incrementando de manera sustancial hasta llegar a la situación actual en la que ya se considera una enfermedad.

En los últimos años, trabajadores y empresarios han aumentado su interés por el acoso laboral, como riesgo profesional que puede afectar a la productividad de las empresas, de manera que el personal de prevención de riesgos cada vez está más implicado para tratar de prevenir estas conductas, a la vez que los gobiernos implantan leyes específicas cuyo objetivo no es solo prevenir, si no también sancionar al infractor.

En muchos centros de trabajo, ante el afán de aumentar continuamente su productividad se olvidan, pasando a un segundo plano, de la salud de los trabajadores, lo que implica convivir en un ambiente laboral totalmente desfavorable que conllevará una serie de alteraciones en las personas más frágiles tanto a nivel físico como mental.¹

El acoso laboral deja unas secuelas que no solo afectan al estado de salud de los trabajadores, también tiene implicaciones en su propio honor, llegando a perjudicar su vida laboral.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) define la violencia en el lugar de trabajo como “toda acción, incidente, comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia de la misma” ²

2 Objetivos

- Reconocer la conducta del acosador y acosado.
- Analizar los tipos de acoso laboral.
- Analizar las consecuencias que genera dicho acoso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación y una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente y se han realizado búsqueda sistemática de libros y consultando artículos en las principales bases de datos como son Google Académico, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para hablar de mobbing, o también llamado acoso laboral, debe haber un comportamiento que atente, moleste, acose e intimide a alguien tanto a nivel físico como psíquico, y además tratarse de situaciones repetidas, no actos que se producen de manera puntual.

Hablamos de acoso cuando estas conductas indebidas, ofensivas, que provocan el retraimiento en la persona acosada, la irrupción de su vida personal o el descrédito en su vida laboral, subsisten con el paso del tiempo.

Leymann (1996) distingue entre bullying para referirse al acoso escolar y mobbing para la conducta de los adultos.²

Violencia y agresión, dentro del contexto del acoso laboral, pueden tratarse como sinónimos, entendiéndose como tal el uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo.

Las conductas derivadas del acoso laboral, van afectando progresivamente a la víctima, sobre todo a aquellas que tienen menos confianza en sí mismas, problemas familiares o de ansiedad, generando en las mismas una situación de estrés que hace que puedan perder su puesto de trabajo o que pueden llegar incluso al suicidio. Es por esto que resulta tan necesario aplicar estrategias para prevenir el acoso laboral.

El mobbing se considera una enfermedad profesional, ya que tiene consecuencias directas sobre el trabajador. Los primeros signos que se perciben son fatiga, excitabilidad, insomnio, jaqueca y problemas digestivos; no obstante si el acoso

persiste se puede presentar un decaimiento mucho mayor, de manera que la depreciación seguirá aunque la víctima se aparte del acosador.

Se distinguen tres clases de acoso:

- Acoso laboral descendente: la acción proviene de una persona que posee un puesto superior.
- Acoso laboral horizontal: se produce entre iguales
- Acoso laboral ascendente: es la repulsa hacia una persona que posee un cargo superior en el trabajo.

El acoso laboral tiene varios tipos de consecuencias:1

- Físicas: como son por ejemplo alteraciones cardiovasculares, del sistema respiratorio y digestivo.
- Psíquicas: angustia, tristeza, desinterés, actitud de alerta constante, desconfianza, inseguridad, trastornos alimenticios, insomnio, vulnerabilidad, sentimiento de incapacidad, dificultad de retención y distracción.
- Sociales: incomunicación, timidez, sufrimiento, evasión, sentimiento de enajenación contra la humanidad y conducta descarada hacia su ambiente.
- Laborales: el impacto del acoso en el área laboral, implica la devastación gradual de la vida profesional del afectado. A causa del mobbing puede demandar una incapacidad temporal por estrés, a lo largo de la cual la empresa puede destituirlo de su puesto de trabajo.

A razón de la sintomatología que el acoso ocasiona en la víctima, se distinguen distintas fases:

- Autoafirmación: la víctima descubre el problema y actitud humillante.
- Desconcierto: la víctima se siente sorprendida y vacila.
- Indefensión: se esmera para complacer y que le presten más atención.
- Traumática de ansiedad: la persona se siente indefensa.
- Estabilización crónica: es un sentimiento de devaluación.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral debe ser tratado con arreglo a las Leyes de Seguridad y Salud de los Trabajadores y prevención de Riesgos Laborales ya que las experiencias que sufren las víctimas dañan considerablemente su estado de salud.

Además, sin perjuicio de las correcciones constitucionales, es necesario que en el ámbito empresarial se planifiquen programas de prevención inherentes a cada puesto, en afán de combatir las repercusiones que origina el acoso laboral en el trabajador.

Las empresas precisan el uso de patrones estructurados establecidos previamente en los que colaboren todos los trabajadores y que no busquen solo la optimización de los recursos financieros, deben cuidar también el nivel de satisfacción de sus profesionales.

La prevención del mobbing es un componente primordial para impulsar la vida profesional y prevenir la polémica colectiva, por esa razón la introducción de medidas preventivas en una fase temprana, impide que se cree un ambiente perjudicial para el trabajador.

6 Bibliografía

1. El acoso laboral. Revista Universidad y Sociedad. [Internet] [citado 1 agosto 2023] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S221836202021000200113&script=sci_arttext.
2. Acoso laboral en sanidad. [Internet] [citado 1 agosto 2023]. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=du6MDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=a](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=du6MDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=acoso+laboral+en+sanidad&ots=iKh-TZbzoP&sig=jU1p7TqmEyNEKuEti1r1_-O4Bkm4#v=onepage&q=acoso%20laboral%20en%20sanidad&f=false)
[coso+laboral+en+sanidad&ots=iKh-TZbzoP&sig=jU1p7TqmEyNEKuEti1r1_-O4Bkm4#v=onepage&q=acoso%20laboral%20en%20sanidad&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=du6MDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=acoso+laboral+en+sanidad&ots=iKh-TZbzoP&sig=jU1p7TqmEyNEKuEti1r1_-O4Bkm4#v=onepage&q=acoso%20laboral%20en%20sanidad&f=false).
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 406

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL CALEFACTOR Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

Desde la antigüedad, el agua se ha asociado con cualidades terapéuticas y medicinales. Actualmente las piscinas se utilizan para algo más que el ocio.

La hidroterapia, también conocida como terapia en el agua, es un tipo de tratamiento de rehabilitación clínica donde los pacientes reciben tratamiento, prevención y recuperación a través de ejercicios y técnicas realizadas en el agua. No obstante, las piscinas sirven como un centro importante para la concentración de bacterias y virus que causan una variedad de las enfermedades, como gastroenteritis bacteriana y viral, la legionelosis, giardiasis y criptosporidiosis. Una proporción considerable de los hospitales cuentan hoy en día con piscinas en sus instalaciones de rehabilitación.

Para aquellos con condiciones como son reumáticas, el entrenamiento con agua caliente es útil. Las condiciones incómodas para los terapeutas y los clientes pueden ser el resultado de una sala de terapia sin un deshumidificador adecuado, lo que también puede generar altos costos operativos y un deterioro acelerado del edificio.

En el desarrollo de este capítulo se incluye una recopilación de las acciones que el personal de mantenimiento debe realizar periódicamente para mantener el agua limpia y libre de virus, como reemplazar los calefactores que trabajan en los hospitales.

2 Objetivos

Conocer qué funciones tiene el personal de mantenimiento, como es el calefactor, en las piscinas de rehabilitación de un hospital.

3 Metodología

Para completar este capítulo se utilizó una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales. Lo mismo ocurre con los manuales diseñados específicamente para el mantenimiento de piscinas.

4 Resultados

Con algunas excepciones, el mantenimiento de las piscinas de rehabilitación de las instalaciones hospitalarias es similar al de otras piscinas. El calentador debe reparar cualquier tubería de suministro de agua caliente rota para garantizar que se mantenga la temperatura deseada en el espacio.

Tener una piscina climatizada evita la inactividad y puede ser usada cuando el paciente quiera, de día o de noche, sin importar el clima. Este es el principal beneficio de la calefacción de piscinas.

Existen varias opciones de climatización para piscinas terapéuticas:

1. Calefacción solar: La calefacción solar es un método de calefacción de piscinas que ha recibido grandes elogios por su asequibilidad y sostenibilidad. Basado en tecnología fotovoltaica, este tipo de calentador utiliza placas colectoras para

recoger la luz solar, convertirla en energía térmica y luego utilizar esa energía para calentar el agua de la piscina.

2. Calefacción eléctrica: Este método de calefacción eficiente y práctico calienta el agua rápidamente al convertir la energía eléctrica en energía térmica a través de una resistencia. Funciona de manera similar a una ducha eléctrica.

3. Calefacción a gas: La calefacción a gas es otra buena opción que puede calentar rápidamente el agua y mantener una temperatura alta y uniforme. También funciona bien en cualquier clima y es más adecuado para piscinas que serán utilizadas por muchas personas a la vez.

4. Bomba de calor o intercambiador de calor: La bomba de calor, también conocida como intercambiador de calor, es una de las formas más eficaces, asequibles y respetuosas con el medio ambiente para calentar piscinas. El calentador es fácil de instalar y usar porque funciona de manera similar a un acondicionador de aire pero en la dirección opuesta.

5 Discusión-Conclusión

Si no se mantienen adecuadamente, las piscinas de rehabilitación en las instalaciones hospitalarias pueden ser una herramienta eficaz para el tratamiento y recuperación de algunas patologías y enfermedades.

Debido a la acumulación de bacterias y virus, también pueden ser una fuente importante de enfermedades.

Por lo tanto, se requieren trabajadores de mantenimiento, como el calentador en las instalaciones hospitalarias.

Se debe realizar la limpieza y desinfección rutinaria del agua, el vaso de la piscina, los filtros que dan acceso al agua y el área donde se encuentran.

El método utilizado para calentar la piscina también es algo que debe tenerse en cuenta.

6 Bibliografía

1. Mantenimiento de piscinas de rehabilitación. Servicio de Ingeniería. Sección de Climatización, Fluidos Térmicos y PCI.
2. <https://nautilusbr.com/es/blog/calefaccion-para-piscinas-conozca-los-tipos-y-su-funcionamiento/>.

Capítulo 407

EL CALEFACTOR COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO Y LA CENTRAL TÉRMICA DE UN HOSPITAL

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

El impacto de los factores ambientales favorables, como la temperatura, la ventilación, la humedad relativa, la luz natural y artificial, los colores, las vistas, la comodidad y el trato humano, en la curación del paciente en general ha sido probado por varios equipos médicos, pero más concretamente ciertas condiciones específicas de temperatura, humedad relativa y ventilación son cruciales en el tratamiento de algunas patologías.

La central térmica aumentará la confiabilidad del suministro de energía térmica del centro, mejorando la comodidad tanto de los pacientes como del personal. Debido a las menores emisiones atmosféricas de CO₂ del gas natural que del gasóleo, las nuevas calderas utilizarán un combustible más eficaz y menos nocivo.

De ello resultará una mejor eficiencia energética y una mayor protección del medio ambiente.

Los hospitales con plantas terminales cuentan con generadores de vapor, enfriadores y calderas de alto rendimiento que redundarán en importantes ahorros energéticos, económicos y ambientales.

El calefactor debe tener los conocimientos necesarios en caso de realizar mantenimiento y reparaciones a estas máquinas en el hospital.

Los trabajadores de plantas termoeléctricas, como los calentadores de hospitales, están sujetos a una serie de riesgos que plantean la posibilidad de desarrollar trastornos musculoesqueléticos, respiratorios, pérdida de audición, etc.

2 Objetivos

Conocer qué es una central térmica en un hospital y qué papel tiene el calefactor en estas instalaciones como personal de mantenimiento.

3 Metodología

Para completar este capítulo se utilizó una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales, así como Google, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Una planta termoeléctrica es una estructura donde el vapor producido por el agua hirviendo en una caldera se utiliza para generar la energía mecánica requerida para hacer girar el rotor del generador y generar energía eléctrica.

Carbón, diésel, nuclear, geotérmica, solar térmica, combustión de biomasa y un pequeño número de centrales eléctricas de gas natural constituyen la mayoría de las centrales termoeléctricas.

Las calderas que calientan el agua y aportan calor están formadas por depósitos de agua, torres de refrigeración o calderas.

Para sensibilizar al público sobre la obligación relacionada con el uso responsable de la energía, las instituciones de salud deben predicar con el ejemplo mediante la implementación de prácticas y procedimientos sostenibles con efectos ambientales negativos mínimos. El uso de biomasa, una fuente de energía renovable

local, demuestra un compromiso con el medio ambiente y fomenta el crecimiento de los sectores ambiental, social y económico.

La renovación de los equipos de producción y distribución de aire acondicionado en diversas áreas asistenciales, como quirófanos, plantas de hospitalización materno-pediátrica, rehabilitación y áreas del hospital de día, harán del hospital una instalación más eficiente energéticamente desde el punto de vista sanitario. En términos generales, los objetivos que se le deben pedir a una instalación de aire acondicionado en un hospital son los siguientes:

1. niveles generales de comodidad.
2. reducción de polvo, olores, microorganismos, etc.
3. trabajar juntos para tratar patologías específicas.
4. asegurar una amplia ventilación.
5. controlar la dirección del flujo de aire.
6. mantener una temperatura y humedad relativa constantes.
7. protección de los miembros del personal hospitalario.

Los riesgos físicos, los ergonómicos, los químicos, los biológicos y los psicosociales son los más pertinentes para los trabajadores de plantas termoeléctricas.

5 Discusión-Conclusión

Parece claro lo importantes y trascendentes que son las instalaciones de climatización hospitalaria. Incluso si el edificio carece de los espacios necesarios (particularmente la altura de piso a piso), será extremadamente difícil renovarlo adecuadamente. Una instalación mal diseñada o mal ejecutada es esencialmente irreversible, y el hospital sufrirá hasta que se complete la renovación completa del edificio.

Los trabajadores de plantas termoeléctricas, como los calentadores de hospitales, están sujetos a una serie de riesgos que plantean la posibilidad de desarrollar trastornos musculoesqueléticos, respiratorios, pérdida de audición, etc.

El calefactor debe de tener los conocimientos necesarios en caso de realizar mantenimiento y reparaciones a estas máquinas en el hospital.

6 Bibliografía

1. <https://amp.redaccionmedica.com/secciones/ingenieria/la-importancia-de-la-instalacion-de-climatizacion-en-hospitales-9277>.

Capítulo 408

EL CALEFACTOR DE UN HOSPITAL Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN: REJILLAS, DIFUSORES Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

1 Introducción

Con la capacidad de tratar y cuidar a las personas los hospitales, las clínicas y otras instalaciones de atención médica son esenciales para la sociedad. La función de calefacción, ventilación y aire acondicionado en estas estructuras es igualmente importante.

Esto es cierto para cualquier tipo de edificio que reciba mucho tráfico peatonal, pero los centros de salud lo requieren más que otros edificios porque pueden recibir pacientes con problemas de salud, necesitan proteger a su personal de infecciones y realizar operaciones delicadas.

Dado que los hospitales suelen utilizar salas separadas para diversos fines, sus necesidades de calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC) también

varían. El personal y las áreas de espera están disponibles. Para la temperatura, la humedad y la ventilación, cada uno de ellos tiene requisitos específicos. Los quirófanos, las salas de aislamiento y los laboratorios son algunos ejemplos de lugares que se consideran críticos. Los elementos climáticos de estas habitaciones suelen necesitar un control más preciso. Para ello, el calefactor debe estar atento a los sistemas de climatización de los hospitales. Para ello, el calentador debe cumplir las normas establecidas en el Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de las Instalaciones Térmicas en los Edificios.

2 Objetivos

Conocer cómo el calefactor de un hospital está pendiente de la climatización de un hospital, así como el mantenimiento de las rejillas y difusores de aire.

3 Metodología

Para completar este capítulo se utilizó una metodología activa de búsqueda y revisión bibliográfica de datos de numerosos estudios clínicos y académicos, así como de sitios web de salud y páginas de organizaciones institucionales, así como Google, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

El énfasis en la comodidad cuando se trata de sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado en espacios públicos contrasta con la importancia de la salud y la seguridad en hospitales y clínicas. Las enfermedades e infecciones deben contenerse y evitar que dañen a los pacientes inmunodeprimidos, a los visitantes sanos y al personal. Las técnicas de ventilación e intercambio de aire, junto con la eliminación eficiente del aire de escape, son componentes importantes para la seguridad. Incluso se ha establecido el vínculo entre tasas de mortalidad hospitalaria más bajas y proteger a los pacientes del calor y el frío y garantizar su confort térmico.

Estos procedimientos de mantenimiento deben ser realizados por un calentador de hospital.

1. Mirar dentro de los conductos.
2. Higienizar los conductos de ventilación y aire acondicionado.
3. Se limpiarán las rejillas y los difusores.

4. Se limpiarán las unidades de tratamiento de aire.
5. Higienizar la maquinaria o el sistema de refrigeración.
6. Redactar un informe técnico de los hallazgos, incluyendo las conclusiones y sugerencias.

Si hay ventilación directa en un hospital, el calefactor puede encontrar las rejillas pegadas a los conductos, en el falso techo o pegadas a las paredes.

Antes de que el aire acondicionado ingrese a una habitación, pasa a través de difusores, que vienen en una variedad de diseños, que incluyen rejilla, circular, rotacional y lineal.

Las rejillas son los dispositivos de ventilación que más se utilizan en los hospitales; son cruciales para el reemplazo del aire y ayudan a mantener una ventilación adecuada.

Los hospitales, las clínicas y otros establecimientos de salud son necesarios para que la sociedad pueda tratar y cuidar a las personas. Los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado de estas estructuras son igualmente cruciales.

5 Discusión-Conclusión

El aire acondicionado del hospital debe poder regular los factores ambientales como son la temperatura y la humedad al tiempo que reduce el riesgo de contaminación y de infección.

Si hay ventilación directa en un hospital, el calefactor puede encontrar las rejillas pegadas a los conductos, en el falso techo o pegadas a las paredes. Su uso y mantenimiento están destinados a conseguir una correcta ventilación y una buena renovación del aire.

El mantenimiento principal es limpiarlos con un paño suave y limpio o simplemente con un bastoncillo de algodón, o aspirar las rejillas de ventilación con una aspiradora de mano.

6 Bibliografía

1. <https://www.hitachiaircon.com/es/noticias/el-papel-del-aire-acondicionado-en-hospitales-y-clinicas>.

Capítulo 409

EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Se entiende como Tomografía Axial Computarizada (TAC) la prueba exploratoria desarrollada en el servicio de radiología que consiste en la creación de imágenes de los órganos, vasos sanguíneos, tejidos y huesos y es utilizada para determinar un diagnóstico clínico.

Es una técnica realizada por el técnico en imagen y radiodiagnóstico y revisada por el médico especializado en radiología. Por lo que el personal humano y pro-

fesional que desempeña su función en esta unidad de radiología engloba las siguientes categorías profesionales:

- Personal facultativo, médico especialista en radiología encargado de visualizar y comprobar las imágenes para determinar una diagnóstico clínico junto al médico peticionario de la prueba.
- Enfermero, encargado de administrar el contraste cuando la prueba requiera de su utilización.
- Técnico en imagen y radiodiagnóstico, encargado de realizar la prueba diagnóstica.
- Celador, encargado de posicionar al paciente en la mesa de exploraciones.

Para la realización de esta prueba diagnóstica se le indica al paciente que no puede tomar ni bebida ni alimentos durante las horas previas a la realización de la prueba cuando es realizada a demanda del médico peticionario, no ocurre lo mismo cuando la prueba es solicitada por el médico del servicio de urgencias, puesto que urge la realización de la prueba para determinar el diagnóstico del paciente que acude al servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Definir el concepto de Tomografía Axial Computarizada, conocido popularmente como TAC.
- Conocer las categorías profesionales que intervienen en la sala donde se lleva a cabo la Tomografía Axial Computarizada.
- Enumerar las funciones realizadas por el celador encargado de la sala donde se efectúan las Tomografías Axiales Computarizadas.

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 realización de esta prueba diagnóstica es realizada:

- A través de una petición realizada por un médico especialista de consultas externas y un médico de atención primaria, por lo que el paciente acudirá en modalidad de ambulatorio.
 - A través de una petición realizada por un médico de hospitalización para la determinación de un diagnóstico, por lo que el paciente acudirá en modalidad de hospitalización.
 - A través de una petición realizada por un médico generalista o especialista del servicio de urgencias, por lo que el paciente acudirá en modalidad de urgencias. Las tres modalidades serán agrupadas y realizadas en dos secciones, por lo que será necesario la actuación de dos celadores como mínimo en cada sección. La participación de un número determinado de celadores en cada área dependerá de la carga de trabajo y de la agenda de pacientes atendidos cada día en las diferentes áreas. Estas secciones son:
 - Área de urgencias. Donde serán realizados los TAC urgentes.
 - Área de hospitalización. Donde serán realizados los TAC de pacientes ambulantes y pacientes hospitalizados.
- La actuación del celador en el área de Tomografía Axial Computarizada del servicio de radiología consiste en:
- Trasladar al paciente desde su ubicación de origen hasta el área donde se realizada la prueba diagnóstica (TAC). El paciente se puede encontrar en el servicio de urgencias, ubicados en diversas áreas: boxes, sala de observación, pediatría, traumatología, cirugía, sala de tratamiento, sala de rápidos; y en el servicio de hospitalización: en las plantas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, hospital de día oncológico, diálisis y quirófano. Una vez finalizada la prueba será trasladado a su lugar de origen.
 - Movilizar al paciente durante la transferencia del paciente desde la camilla de urgencias o cama hospitalaria hasta la mesa de intervención.
 - Posicionar al paciente ambulante en la mesa de intervención.
 - Recepcionar el volante de la prueba del paciente ambulante y trasladarlo al técnico que va a realizar la prueba diagnóstica.
 - Trasladar los volantes de TAC desde la secretaria de radiología hasta las plantas de hospitalización, para que el equipo de enfermería tengan conocimiento de las pruebas que se realizarán al día siguiente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno durante la realización de una tomografía axial computa-

rizada en el servicio de radiología de un centro hospitalario” nos demuestra la actuación del celador en este servicio de radiología en relación al paciente que se le va a someter a dicha prueba diagnóstica.

Hay que tener en cuenta, que aunque es una prueba que no es dolorosa al no ser invasiva, no significa que no presente contraindicaciones para el paciente y a su vez, para el profesional que interviene durante la prueba, puesto que se producen rayos x durante la realización de la prueba y una exposición continua a la radiación es perjudicial para la salud.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 410

EL TRASLADO DE UN PACIENTE EN AISLAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL SUBALTERNO. FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE EL TRASLADO

ALEJANDRO ANGEL GIL

MARÍA ELENA ÁNGEL GIL

SANDRA CAÑADILLA ORTIZ

ANTONIO MIGUEL RODRIGUEZ FERNANDEZ

ANTONIO RODRIGUEZ MÁRQUEZ

1 Introducción

Se entiende como paciente aislado aquel paciente portador de una enfermedad que puede ser transmitida al resto de pacientes, familiares o profesionales.

El equipo médico una vez conocido que el paciente tiene una bacteria, microorganismo o enfermedad que puede ser contagiosa se encarga de proceder al aislamiento del paciente.

Procedimiento de aislamiento de un paciente.

- Mantener al paciente separado del resto de pacientes, por lo que, si el paciente comparte habitación con otro paciente, se trasladará al compañero a otra habitación y se le pondrá en protocolo por si ya ha sido contagiado.
- Se notificará el aislamiento a todo el personal del servicio y se situará un cartel con las medidas de aislamiento que se deben realizar dentro de la habitación.
- Dependiendo del tipo de aislamiento se deberá utilizar un equipo de protección individual u otro, pero principalmente se basa en utilizar: guantes, mascarilla y batas de un solo uso, es decir, desechables, pudiendo incluir calzas y gorro, también de un solo uso.
- Se prohibirán las visitas y sólo se permitirá la estancia de una persona como acompañamiento en turno de 12 horas. El familiar o acompañante que se encuentre con el paciente aislado no podrá salir de la habitación, por lo que se le proporcionará comida del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Definir el concepto de paciente aislado.
- Conocer el procedimiento utilizado por el equipo sanitario en el momento de aislar a un paciente con una enfermedad transmisible.
- Detallar las funciones de los celadores durante el traslado de un paciente en aislamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el ámbito sanitario existen dos tipos de aislamientos generalizados, por un lado, encontramos el aislamiento común y por otro lado, el aislamiento inverso. Independientemente del tipo de aislamiento en el cual se encuentre el paciente, el procedimiento de actuación con él es el mismo.

- Aislamiento común. Es el tipo de aislamiento en el que hay que proteger al familiar, acompañante o profesional del paciente, es decir, evitar la transmisión de la enfermedad del paciente al resto de personas.
- Aislamiento inverso. Es el tipo de aislamiento en el que hay que proteger al paciente de familiares, acompañantes o profesionales, puesto que se encuentra en un estado de salud delicado al no ser portador de defensas, por lo que puede contagiarse de cualquier enfermedad rápidamente.

Procedimiento de actuación durante el traslado de un paciente en aislamiento.

El procedimiento de traslado se produce del mismo modo que un traslado de un paciente que no se encuentra aislado, con la diferencia de que hay que seguir una serie de normas para evitar el propio contagio del personal que realice el traslado y, por lo tanto, evitar la propagación de la enfermedad.

- El celador deberá portar el equipo de protección individualizado.
- El celador, una vez ha tocado al paciente o algún elemento de la unidad del paciente, no podrá tocar con las manos nada que no sea la cama del paciente durante el traslado, por lo que se ayudará de los brazos, codos y piernas para abrir puertas o llamar al ascensor.
- Otro método utilizado para no tocar nada con las guantes contaminados durante el traslado, es colocarse varios guantes e ir retirando guantes cada vez que se requiere abrir una puerta o llamar al ascensor.
- El celador pedirá a otros usuarios, familiares o profesionales que no se acerquen al paciente, puesto que no llevan el equipo de protección individualizado necesario.
- El celador prohibirá la entrada en el ascensor de más personas, siempre que no lleven el equipo de protección individualizado requerido para el tipo de aislamiento de dicho paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El traslado de un paciente en aislamiento por parte del personal subalterno. Funciones del celador durante el traslado” nos demuestran la actuación seguida por todo el personal desde el momento de aislamiento de un paciente.

Para no propagar la enfermedad, es muy importante que se sigan adecuadamente las medidas para evitar la transmisión de una enfermedad contagiosa. Estas medidas no se pueden limitar al interior de la habitación, puesto que el paciente en numerosas ocasiones es trasladado para la realización de pruebas, por lo que el

celador deberá utilizar el equipo de protección individualizado y asegurarse que nadie se acerca o toca al paciente durante el traslado de este.

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.
6. 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 411

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

1 Introducción

Como parte del proceso de desintoxicación del cuerpo los riñones filtran la sangre para eliminar las sustancias venenosas y los líquidos sobrantes, que luego se excretan a través de la orina.

La aparición de insuficiencia renal puede deberse a su mal funcionamiento. La diabetes, seguida de la hipertensión arterial, es el principal factor que contribuye a la aparición de insuficiencia renal.

Si estos materiales nocivos y este exceso de líquido se acumulan en el cuerpo y no se eliminan adecuadamente, pueden provocar el desarrollo de enfermedades e incluso la muerte del paciente. La hemodiálisis se utilizará para tratar esta insuficiencia renal. El tipo de hemodiálisis que prescriba el nefrólogo así como las características únicas de cada paciente determinarán si esta se realiza en un hospital (el entorno más típico hoy en día) o en el domicilio del paciente.

Si se hace en un hospital, el paciente puede pasar por el servicio de ambulancia (que suele ser el caso) o por sus propios medios, pero en cualquier caso, la primera persona con la que interactúa el paciente es el celador, que es el encargado de recibir y trasladar al paciente desde su entrada al centro hasta la unidad de hemodiálisis y luego nuevamente una vez finalizada su sesión para su marcha hasta el servicio de ambulancia o hasta la puerta del hospital.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer en qué consiste la hemodiálisis y enumerar algunas de las funciones de personal celador en la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

Los datos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una revisión bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Académico introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

La hemodiálisis consiste en eliminar artificialmente tanto el exceso de líquidos como las sustancias tóxicas que se encuentran en la sangre y que son nocivas para el organismo.

Tanto un hospital como el domicilio del paciente son lugares adecuados para ello. Si tiene lugar en el domicilio del paciente, éste deberá ser previamente instruido en la información y procedimientos necesarios para su realización.

El personal de enfermería del servicio de hemodiálisis es el encargado de realizarla si se realiza en un hospital. Los médicos responsables del paciente, el personal de enfermería encargado de realizar el procedimiento de hemodiálisis, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el celador son los profesionales que forman parte del servicio de hemodiálisis y que están en estrecho contacto con el paciente al llegar a esta unidad.

En cuanto a las funciones del celador en el servicio de hemodiálisis, se encuentran las siguientes:

- Una vez finalizada la sesión de diálisis, trasladar al paciente desde la entrada del centro hospitalario al servicio de hemodiálisis.

- Ayudar al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) a vestir/desvestir a los pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos.
- Ayudar a los pacientes a levantarse de la silla o cama donde se realizará el procedimiento de diálisis si no pueden hacerlo por sí mismos.
- Transferir documentos de la unidad al resto de departamentos del hospital.
- Traslado de muestras al servicio de laboratorio.
- Traslado de mobiliario de un servicio a otro o dentro del centro de hemodiálisis.
- Traslado de pacientes hospitalizados de la planta al servicio de diálisis.

Para proporcionar a los pacientes una atención de alta calidad, todo esto se hará de la manera más eficaz, respetando su privacidad y confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de hemodiálisis en los hospitales están a cargo de un grupo de especialistas que colaboran para brindar a los pacientes una atención de alta calidad. El celador destaca entre ellos porque es tanto la última persona en dar de alta al paciente después del servicio como la primera en entrar en contacto con él. Para brindar una atención de salud de alta calidad, las funciones del servicio de hemodiálisis son cruciales. Entre estos se encuentran el traslado de pacientes, ayudar al personal de enfermería a vestir o desvestir a los pacientes y el traslado de elementos como muebles, documentos y muestras biológicas. Todo esto se hace con el máximo cuidado manteniendo la confidencialidad y privacidad del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidad-hemodialisis/>.
2. <https://fundacionrenal.com/contenido/hemodialisis-y-dialisis-peritoneal-2/>.

Capítulo 412

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

1 Introducción

Actualmente las instituciones sanitarias son organizaciones complejas, en las que el día a día requiere una considerable movilidad, colaboración y coordinación entre las diferentes especialidades médicas, servicios diagnósticos y profesionales administrativos.

Debido a la complejidad de las tareas desarrolladas y servicios prestados, es necesario articular puntos de información, donde el paciente y familiares puedan recibir información sobre dudas, preguntas, sugerencias, etc.

En el ámbito hospitalario, suele existir un punto de información en la entrada de la institución, donde desarrolla su trabajo el celador de puerta.

Los puntos de información son un servicio cuya finalidad es orientar a pacientes y familiares, asesorándolos en todo aquello que demanden.

Es de gran importancia informar y orientar sobre cuestiones generales a pacientes y usuarios en las entradas de los centros sanitarios, donde los celadores

pueden ejercer su trabajo en coordinación y colaboración con el resto de servicios hospitalarios.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador de puerta principal, y su importancia para la institución sanitaria.

Entre sus cometidos se encuentra informar y orientar a los pacientes y familiares, pero absteniéndose en todo momento de facilitar información clínica sobre su proceso asistencial, en estos casos, dirigirá al usuario al médico responsable de su proceso.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que realiza el celador de puerta principal.
- Destacar la importancia del celador de puerta para el buen funcionamiento de la institución sanitaria.

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

Debido a la multitud de servicios médicos y administrativos, prestados en los hospitales, se hace necesario ofrecer al usuario un lugar de información donde puedan resolver sus dudas con la mayor celeridad y eficacia posible. Estos puntos de información suelen estar ubicados en la entrada principal de la institución, y en ellos desarrolla su trabajo un celador, denominado celador de puerta principal. Entre las funciones que desarrolla el celador de puerta principal tenemos las siguientes:

- Recepción y acogida de usuarios y familiares.
- Será el encargado de proporcionar información general.
- Facilitará la ubicación de las diferentes consultas, plantas de hospitalización, horarios de visitas, servicios religiosos, pruebas diagnósticas etc.

- Facilitará cuando el paciente lo requiera una silla de ruedas, y en caso necesario lo acompañará hasta la consulta o servicio correspondiente.
- Atenderá las llamadas telefónicas.
- Recogerá la paquetería.
- Repartirá la correspondencia.
- Controlará el acceso de personas, evitando que introduzcan bultos no autorizados.
- Informará a sus superiores de cualquier desperfecto causado en el mobiliario.
- Evitará que los pacientes deambulen por zonas no autorizadas, remitiéndoles a su habitación.
- Será el encargado de facilitar las hojas de reclamaciones y sugerencias.
- En caso de alboroto avisará al servicio de seguridad.
- Deben servir de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Informará sobre la ubicación del Registro de Voluntades Anticipadas, si el hospital contara con este servicio.

Como podemos observar el celador de puerta debe conocer perfectamente el funcionamiento y ubicación de los servicios tanto sanitarios como administrativos para poder desarrollar su trabajo de manera eficiente y eficaz.

Igualmente debe tratar a los usuarios con amabilidad y tolerancia, siendo consciente del momento delicado por el que están pasando y evitando generar momentos de tensión.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día manejamos gran cantidad de información que a veces sobrepasa las posibilidades del usuario corriente, por lo que se hace imprescindible orientar y asesorar a los usuarios para que puedan acceder a todos los servicios y derechos de los que son titulares.

Es por ello que en todo centro sanitario de cierto tamaño existe un punto de información, dotado de celadores para ofrecer apoyo y orientación a pacientes y familiares. Corresponde a los celadores realizar aquellos servicios de asistencia y orientación en las puertas de los centros sanitarios. Su labor es de gran importancia pues posibilita el ejercicio de los derechos del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://fiostar.com/celador/>

funciones-celador-puerta-en-información Tipos de celadores y sus funciones.

2. <https://Enfermería.top/apuntes/celador/tipos-de-celadores/>.

3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-puerta/>.

Capítulo 413

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

1 Introducción

Podemos definir rehabilitación como un conjunto de intervenciones cuyo objetivo es optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad, definiéndose como la especialidad médica que se ocupa del diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad, cuya finalidad es facilitar, mantener o devolver la máxima capacidad funcional e independencia posibles.

Las causas que producen la incapacidad son multifactoriales. Aunque la mayoría de las patologías están relacionadas con el aparato locomotor, también son objeto de tratamiento rehabilitador enfermedades cardíacas, neurológicas, respiratorias, amputaciones, linfedema, etc.

Esta especialidad médica es de gran importancia para la recuperación de las capacidades de los pacientes, por lo que es imprescindible contar con una buena

cobertura, tanto a nivel hospitalario, como en Atención Primaria. Sin embargo la escasez de especialistas rehabilitadores, provoca largas listas de espera y supone una barrera importante para los pacientes, que en muchos casos llegan a la consulta cuando sus problemas de salud están en una avanzada progresión.

La rehabilitación es una de las prestaciones esencial del Sistema Nacional de Salud. Se presta tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. Y en Atención Primaria y Especializada.

En el presente capítulo vamos a describir el funcionamiento de la unidad de rehabilitación, y las funciones que desarrolla el celador en dicho servicio.

2 Objetivos

- Describir la unidad de rehabilitación en el ámbito hospitalario.
- Exponer las funciones que realiza el celador en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

La especialidad médica de rehabilitación es la gran desconocida por la población, trata de realizar un diagnóstico del paciente, pero no solo se centra en el dolor, sino que trata de buscar el origen para poder hacer un diagnóstico correcto y exhaustivo.

Entre las funciones que cumple el médico rehabilitador encontramos las siguientes:

- Realiza los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad.
- También se encarga de tipificar el tipo de incapacidad y el grado de la misma.
- Decide el tratamiento adecuado terapéutico o rehabilitador.
- Desaconseja un tratamiento cuando no hay posibilidades de rehabilitación.
- Prescribe el tiempo de rehabilitación, ya sea por mejoría o estabilización del paciente

Entre las patologías tratadas por el médico rehabilitador nos encontramos las siguientes:

- Patologías del sistema nervioso central y periférico.
 - Patologías del aparato locomotor.
 - Rehabilitación y deporte.
 - Patologías del aparato respiratorio.
 - Patologías cardiovasculares.
 - Patologías pediátricas.
 - Patologías perineoesofinteriana.
 - Prevención y tratamiento de las secuelas provocadas por la inmovilidad.
- A continuación vamos a desarrollar las funciones que realiza el celador en el servicio de rehabilitación:
- Informará a los pacientes y familiares sobre la ubicación de las consultas.
 - Atenderá las llamadas telefónicas.
 - Anotará los pacientes que hayan finalizado y precisen ambulancia para su retorno al domicilio.
 - Transportará el aparataje necesario para la sala de fisioterapia.
 - Ayudará a los profesionales sanitarios como fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, a movilizar al paciente siguiendo sus instrucciones.
 - Cuando sea necesario acompañará al paciente en silla de ruedas o camilla a la consulta correspondiente.
 - Trasladará a los pacientes ingresados que requieran rehabilitación hasta la sala correspondiente y posteriormente los devolverá a planta.
 - Vigilará los accesos a la unidad no permitiendo el paso a personas no autorizadas.
 - Repartirá la correspondencia y documentos y objetos que le sean encomendados por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

La medicina rehabilitadora tiene un papel importante en el Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes, por ello es de vital importancia en la recuperación o mejora de la funcionalidad de los pacientes.

Su campo de actuación es muy amplio, tanto en las enfermedades comunes, como en los accidentes de trabajo, actividades deportivas etc.

El celador que presta sus servicios en dicha unidad debe conocer las técnicas de movilización, a la vez que debe tener un trato directo con pacientes y familiares,

por lo que debe actuar con amabilidad y tolerancia. También deberá conocer la ubicación de las diferentes consultas o unidades de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-rehabilitacion-equipo-interdisciplinar/>.
2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm.
3. <https://www.sermef.es/>.

Capítulo 414

EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS SUS FUNCIONES Y COMPETENCIAS

MARIA DEL PILAR VILLOLDO JAREÑO

JOSE ANDRES CASTELLANOS SANCHEZ MELLADO

DELFINA MARGARITA ORTIZ QUIROS

JOSÉ MARIA JIMÉNEZ LOZANO

MARIA JULIA ROMERO LUJAN

1 Introducción

Los servicios de salud se dividen en atención primaria, la cual es la puerta de entrada a los servicios de salud y tiene lugar en los centros de salud, y la atención especializada, la cual tiene lugar en los hospitales.

La atención especializada nace a lo largo de la historia con la creación de las especialidades médicas pues, a medida que los conocimientos sobre el cuerpo humano y las enfermedades iban creciendo exponencialmente, se fue evidenciando la necesidad de focalizar la formación de los médicos generales en aparatos o sistemas del cuerpo humano, de forma que pudieran abarcar así toda patología de dicho sistema y ofrecer una atención más completa, así fueron naciendo las diferentes especialidades médicas como ramas de la medicina, existiendo a día de hoy decenas de ellas. Hoy en día el conocimiento basado en la evidencia científica es

tal, que es necesario subespecializarse, esto es, formarse en una subdisciplina dentro de una especialidad. Por ejemplo, en el ámbito de la neurología, encontramos facultativo especializados en epilepsia, en trastornos del movimiento, demencias, en accidentes cerebrovasculares, etc.

En los servicios de consultas externas trabajan multitud de profesionales entre los que se encuentra el celador.

En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en consultas externas.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en consultas externas.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en consultas externas, necesario para el correcto funcionamiento de las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención especializada es aquella que se brinda en las consultas externas de los hospitales, se divide en especialidades médicas, como endocrino, cardiología, neurología, etc., especialidades médico-quirúrgicas, como otorrino, dermatología, ginecología, y por último especialidades quirúrgicas, como neurocirugía, cirugía torácica, pediátrica, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador brindará su ayuda para recepcionarse en la máquina con el volante a los pacientes que lo necesiten, y también les indicará la ubicación de las consultas

y las salas de espera a las que deban dirigirse, acompañando al paciente si fuera necesario.

Si el paciente tiene problemas de movilidad el celador lo transportará en silla de ruedas hacia la consulta, o a otros servicios si fuera necesario, como por ejemplo a la planta de radiología a realizarse una prueba de imagen.

El celador trasladará todas las muestras biológicas, como muestras de sangre, orina, biopsias, etc., recogidas en las consultas externas y las llevará al laboratorio.

El celador realizará el transporte de documentos, historias clínicas, documentos de consentimiento informado, etc., recogiendo del archivo y devolviéndolos al final del día, una vez acabada la actividad asistencial.

El celador se encargará del transporte de aparatos médicos, inmobiliario, farmacia pesada, botellas de oxígeno, etc., cuando así le sea solicitado.

El celador realizará parte del trabajo de gestión de las ambulancias, encargándose de llamar al servicio de ambulancias y avisar de que la consulta ya ha finalizado.

El celador se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden y la tranquilidad en las consultas externas, vigilará las puertas de acceso y evitará el paso a todo personal no autorizado a las consultas, procurando el silencio en las salas de espera, así como evitando que no haya más acompañantes de los permitidos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del texto, en las consultas externas tiene lugar la atención especializada, necesario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías las cuales por su complejidad y extensión se hacen imposibles de llevar en atención primaria o por un solo médico general. Cuanto más avanza la medicina más especialidades y subespecialidades nacen, aunque conviene recordar la importancia del médico generalista y no perder la visión del paciente como un todo, envuelto en un contexto biopsicosocial determinado.

En las consultas externas trabajan multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, el cual, con su labor, contribuye a que las consultas externas de los hospitales funcionen de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el Servicio de Consultas Externas - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://congresosicepa.com/celador-servicio-consultas-externas/>.
2. El celador en Servicios Centrales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 20, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales/>.

Capítulo 415

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y ACTUACIÓN ANTE UNA AVERÍA DE UNA CISTERNA DE UN CENTRO SANITARIO

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

1 Introducción

Los materiales de las cisternas tienden a degradarse periódicamente como consecuencia de su uso continuado, y este es sin duda el defecto más extendido que puedes encontrar en todos los centros hospitalarios y en los hogares, el personal de fontanería es el encargado arreglar este tipo de averías.

En las cisternas, el vaciado se realiza presionando el botón de la tapa, que descarga el contenido y baja el flotador, que abre la válvula para que se pueda llenar. El agua sale continuamente de la cisterna a través del tubo de rebose debido a un flotador roto o un brazo mal ajustado. Es común reemplazar el flotador. El sistema más común utiliza una palanca que está articulada en el cuerpo del

grifo y tiene un pequeño pistón montado en él. El sello de goma contra la boquilla de entrada de agua se inserta en este pistón, que normalmente no es muy grande en estos grifos para evitar un gran caudal y garantizar un mejor sellado. El pistón avanza por el varillaje hasta cerrarse a medida que sube el flotador.

Existen diferentes opciones para arreglar esta avería:

- Arreglar la fuga de la cisterna.
- Cambiar la parte que falla de la cisterna, que suele ser el sistema de bomba.
- Sustituir toda la cisterna por una nueva en el caso de que la vuestra esté ya demasiado vieja.

2 Objetivos

Conocer las funciones del fontanero ante la reparación de una cisterna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 válvula que permite descargar el agua de los inodoros a los tanques o cisternas se abre y se cierra mediante un flotador hueco que se sujeta al extremo de un brazo rígido. El flotador sube a medida que sube el nivel del agua y continúa subiendo hasta que el otro extremo del brazo cierra la válvula y corta el suministro de agua.

La salida de la válvula de agua suele estar sellada con una zapata o un diafragma de tamaño considerable. Para ambas variedades de válvulas, hay repuestos disponibles. Es mejor reemplazarlos cuando comiencen a mostrar desgaste, como cuando el agua gotea continuamente de la cisterna a través de la tubería de desagüe.

Similar a un grifo, la válvula de flotador funciona de manera similar. Mediante una zapata que bloquea la salida cuando el flotador sube de nivel, se sella la salida del agua. Con la tapa de la válvula desenroscada y la zapata quitada con

un cuchillo o destornillador, reemplazarla es similar a reemplazar un grifo. La válvula de charnela, que se puede cambiar desenroscando el sifón, suele ser un zapato de forma ancha. La arandela que sella el sifón puede ser la causa del flujo continuo de agua por el desagüe, así que asegúrate de que la nueva arandela sea idéntica a la anterior para evitar más goteos.

El control del nivel de agua en el tanque es otro mal funcionamiento común del inodoro. A veces, la boya o el flotador están dañados o carecen de un mecanismo para controlar el flujo de agua a través de la tubería de entrada. La válvula de entrada funciona de manera efectiva, pero debido a que el flotador nunca deja de subir, nunca se cierra hasta que haya pasado una cantidad considerable de tiempo. La tapa de la taza debe repararse o reemplazarse como problema final del inodoro. La mayoría de las tapas se atornillan en la parte posterior de la taza. Para reemplazar la nueva cubierta, simplemente desenrosque la anterior. Si las tuercas fueran viejas, ocasionalmente podrían bloquearse como resultado de la inactividad y la acumulación de pequeños desechos. Para quitar las piezas, será necesario usar un desengrasante o desincrustante, que limpiará el mecanismo.

5 Discusión-Conclusión

Las cisternas de los inodoros y los tanques de almacenamiento se encuentran entre los sistemas de fontanería que requieren de un mantenimiento con mayor frecuencia. Básicamente, la válvula de flotador, que detiene la entrada de agua cuando la cisterna o tanque está lleno, o la válvula de clapeta, que activa el mecanismo de vaciado del tanque, experimentarán fallos con mayor frecuencia.

La clave para resolver este problema por parte del personal de fontanería es examinar el estado de la boya; si no está en buen estado, es probable que esté parcialmente sumergido en el agua. Será necesario cambiarlo por uno nuevo. Además, puede jugar con la barra de soporte del flotador para acelerar el llenado. En ausencia de un mecanismo de regulación en la válvula de entrada, una ligera inclinación hacia arriba o hacia abajo controlará el flujo del tanque.

6 Bibliografía

1. <https://sem-aytodesevilla.es/wp-content/uploads/2021/06/03-AYUDANTE-FONTANERO-TEMARIO.pdf>.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 416

LA CAMA HOSPITALARIA. CONOCIMIENTO DEL CELADOR DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CAMA Y SUS ACCESORIOS. FUNCIONAMIENTO DE LA CAMA HOSPITALARIA

ALICIA LÓPEZ IÑESTA GARCÍA CARPINTERO

1 Introducción

En los centros hospitalarios se pueden encontrar multitud de tipos de camas hospitalarias, especializándose cada una de ellas a proporcionar comodidad y seguridad al paciente teniendo en cuenta la dolencia o el diagnóstico clínico de cada paciente.

Es muy común, que los pacientes que han pasado largas temporadas encamados en un centro hospitalario debido a su enfermedad requieran de una cama especializada en su domicilio, por lo que las empresas de material ortopédico disponen de camas articuladas de varios precios que garantizan las necesidades del paciente que ha sido dado de alta. En algunas comunidades autónomas, los servicios de salud establecen ayudas económicas para aquellos pacientes que requieren de una cama articulada para garantizar su mejoría y evolución, financiando una parte económica de este mobiliario sanitario.

Estas camas hospitalarias se encuentran acompañadas de unos accesorios, los cuales pueden ayudar al paciente a movilizarse en la cama y/o pueden evitar posibles caídas de los pacientes.

Algunos de los accesorios más comunes que cuentan estas camas hospitalarias son:

- Marco de balkan, se encuentran en las camas ortopédicas o de judet, es un armazón que permite la movilización del paciente politraumatizado.
- Barandillas de seguridad.
- Soporte de suero, donde se posiciona toda la medicación administrada al paciente.
- Pupitre. Posicionada a los pies de la cama, es utilizada para la colocación del material sanitario durante el traslado del paciente.

2 Objetivos

- Detallar los accesorios existentes en el mercado sanitario utilizado en los centros hospitalarios.
- Enumerar los diferentes tipos de cama hospitalarias.
- Conocer el funcionamiento de la cama articulada.

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

Tipos de cama hospitalarias.

No todos los tipos de camas son encontradas en todos los centros sanitarios, puesto que algunas de ellas al ser específicas para una enfermedad se encuentran en aquellas unidades especialidades en dicha enfermedad, como pueden ser las camas de levitación utilizadas en las unidades de grandes quemados, siendo estas unidades de referencia para gran parte de centros hospitalarios.

- Cama articulada.

Es la cama más común en los centros hospitalarios, por lo que tendrá un apartado específico para su explicación en este capítulo científico.

- Cama de judet.

Esta cama también es conocida como cama ortopédica, por lo que se podrá encontrar en las unidades de traumatología de los centros hospitalarios.

- Cama de striker.

Esta cama también es conocida como cama electrocircular, destinada a aquellos pacientes que presentan grandes lesiones medulares y no puede ser variada su posición corporal.

- Cama libro.

Esta cama es utilizada por aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados y requieren de cambios posturales.

- Cama de levitación.

Mencionada anteriormente, es utilizada por los pacientes que presentan grandes quemaduras, puesto que evita el contacto de la piel del paciente con la cama.

- Cama roto-test.

Esta cama es utilizada por aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados puesto que se encuentran en movimiento continuo.

- Cama de Gatch.

Esta cama es utilizada por aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados para poder colocarlos en posición sentado sin levantarlo de la cama.

Funcionamiento de la cama articulada.

El colchón recae sobre una estructura metálica dividida en tres secciones las cuales pueden movilizarse de manera independiente, lo que permite la movilización de aquella zona corporal deseada sin necesidad de movilizar el cuerpo en su totalidad.

Estas camas permiten igualmente la subida y bajada de la cama en posición paralela al suelo, lo que permite al paciente bajar de la cama sin tener que dar grandes saltos.

Del mismo modo, permite la posición del paciente en la posición de trendelenburg y antitrendelenburg.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La cama hospitalaria. Conocimiento del celador de los diferentes tipos de cama y sus accesorios. Funcionamiento de la cama articulada.” nos demuestran el avance del sector de la ortopedia sanitaria con la creación de multitud de camas hospitalarias diferentes, basándose en las necesidades del paciente.

Sin embargo, la existencia de camas novedosas en los centros hospitalarios hace que en la mayoría de las ocasiones no se saque el mayor partido posible, puesto

que los pacientes y/o familiares no saben utilizarlas, es por ello, por lo que el dentro de las funciones del celador se encuentra la de explicar el funcionamiento de este mobiliario a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

Capítulo 417

CELADOR EN ÁREA PSIQUIÁTRICA

MARÍA JOSÉ DE LA TORRE ARROYO

1 Introducción

La atención psiquiátrica desempeña un papel crucial en la salud mental de los pacientes, y el entorno en el que se brinda esta atención requiere un enfoque especializado y sensible. En este contexto, el celador en el área psiquiátrica juega un papel esencial al colaborar en la prestación de un entorno seguro, respetuoso y compasivo para los pacientes que requieren cuidados psiquiátricos. Su presencia y funciones son fundamentales para mantener el bienestar de los pacientes y contribuir al éxito de los tratamientos y terapias en el ámbito de la salud mental.

La cantidad de celadores en el área de psiquiatría puede variar ampliamente según el tamaño y la estructura del hospital, la demanda de pacientes y la disponibilidad de recursos. Los hospitales más grandes y especializados en salud mental pueden tener un mayor número de celadores asignados al área de psiquiatría para satisfacer las necesidades de los pacientes.

En esta exploración, examinaremos en detalle las responsabilidades y funciones del celador en el área psiquiátrica. Desde la gestión de la seguridad hasta el apoyo emocional, el celador desempeña un papel clave en la atención integral y el cuidado de los pacientes con trastornos mentales, garantizando que reciban el respeto y la atención que merecen.

2 Objetivos

- Velar por la seguridad de los pacientes en acompañamientos y traslados con el debido cumplimiento del orden.

-Prevención y colaboración en situaciones de crisis y riesgo

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 el área psiquiátrica, donde la sensibilidad, la empatía y la seguridad son especialmente importantes para el bienestar de los pacientes. Las funciones del celador en esta área se centran en garantizar la atención y el ambiente adecuados para los pacientes con trastornos mentales. Algunas de las funciones clave del celador en el área psiquiátrica son:

- Apoyo y Contención Emocional: Proporcionar apoyo emocional a los pacientes, mostrar empatía y crear un ambiente de confianza para ayudar a reducir la ansiedad y el estrés.
- Seguridad de los Pacientes: Vigilar y garantizar la seguridad de los pacientes, prestando atención a cualquier comportamiento inusual o signos de angustia.
- Acompañamiento y Traslados: Acompañar a los pacientes durante sus traslados dentro del hospital, asegurando que se sientan cómodos y seguros durante el proceso.
- Mantenimiento del Orden: Mantener el orden y la limpieza en las áreas comunes y las habitaciones de los pacientes, contribuyendo a un entorno organizado.
- Asistencia en Actividades de la Vida Diaria: Ayudar a los pacientes en tareas diarias como la alimentación, el aseo personal y la movilidad, especialmente cuando enfrentan dificultades debido a su condición.
- Colaboración con el Equipo de Salud: Trabajar en conjunto con el personal médico, enfermeras y terapeutas para asegurar una atención integral y coherente.

- Prevención de Situaciones de Riesgo: Identificar situaciones que puedan llevar a conflictos o problemas de seguridad y tomar medidas para prevenirlos.
- Apoyo en Terapias y Actividades: Participar en terapias grupales y actividades recreativas, ayudando a mantener un ambiente positivo y participativo.
- Observación y Reporte: Observar el comportamiento y las condiciones de los pacientes, y reportar cualquier cambio o preocupación al personal médico.
- Colaboración en Situaciones de Crisis: Ayudar en situaciones de crisis, proporcionando asistencia y apoyo a los profesionales de salud mental y de seguridad.
- Respeto por la Dignidad: Tratar a los pacientes con respeto y dignidad, manteniendo la confidencialidad y promoviendo un ambiente libre de estigma.
- Cumplimiento de Protocolos: Seguir los protocolos y regulaciones establecidos para garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura y ética.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel crucial en el área psiquiátrica, donde la sensibilidad, la empatía y la seguridad son especialmente importantes para el bienestar de los pacientes. Las funciones del celador en esta área se centran en garantizar la atención y el ambiente adecuados para los pacientes con trastornos mentales.

En resumen, el celador en el área psiquiátrica tiene un rol vital en la atención a pacientes con trastornos mentales. Su presencia y funciones contribuyen a la seguridad, el bienestar emocional y el ambiente respetuoso que son esenciales para la recuperación de los pacientes y su experiencia en el hospital. Su dedicación y apoyo juegan un papel importante en la mejora de la calidad de vida de quienes se encuentran en un momento vulnerable.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 418

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL CAMBIO DE BOMBILLAS Y LUCES LED EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. TIPOS DE LEDS

SERGIO GARCÍA ZAMORA

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

La iluminación artificial en el campo médico debe cumplir con ciertos estándares, ya sea que se use en una clínica, un hogar o un consultorio médico. Además de promover la salud y el bienestar de los pacientes, una iluminación adecuada hace posible que el personal médico trabaje con eficacia.

En los hospitales, los lugares de trabajo y el alumbrado público, la iluminación LED ha dejado de lado las bombillas halógenas, en parte debido a la prohibición que la Unión Europea comenzó a aplicar en 2018.

Por otro lado, la tecnología LED es más eficiente energéticamente, produce menos calor, es rápida, dura más, es más duradera y es más adaptable porque puede cambiar de color e intensidad.

Es muy sencillo cambiar la bombilla halógena de una lámpara de hospital por un LED cuando se funde. Solo necesita cambiar la temperatura de color, encontrar una compatible y hacer su selección. De hecho, muchas personas reemplazan sus bombillas halógenas por LED de inmediato para ahorrar dinero o para obtener una mejor iluminación en lugar de esperar a que se quemen.

Dado que los pasillos y las áreas de entrada a menudo carecen de ventanas, una iluminación eficaz puede ayudar a separar las distintas zonas para facilitar la navegación por el espacio.

2 Objetivos

Conocer qué tipos de bombillas y casquetes hay en un hospital y como es el cambio a luces led por el electricista de 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

Hay 3 tipos de luces leds que se pueden cambiar en un hospital:

1-Color cálido: Las bombillas LED emiten un color amarillo similar al de las bombillas incandescentes convencionales entre los 1500 y los 3000 K.

2- Color neutro: Entre 3000 K y 5500 K, se obtiene una iluminación de blanco neutro que es muy similar a la de las bombillas de bajo consumo.

3-Color frío: por encima de 5500K: estas bombillas LED producen una iluminación de color blanco natural que es más parecida a la luz del día.

Cada área del hospital tiene un tipo diferente de bombilla o luz LED, por ejemplo:.

1 - Entrada El área de entrada sirve principalmente como un área funcional. Para que los pacientes se sientan cómodos desde el momento en que llegan, la ilumi-

nación debe ser adecuada y acogedora. El área de entrada generalmente consta de varios espacios, incluida la entrada misma, la recepción y, con frecuencia, áreas de espera adicionales.

2. Consultas y salas de tratamientos/curas: En estos espacios se realizan diversas tareas, que con frecuencia también se utilizan como oficinas. Como resultado, la iluminación debe ser flexible y polivalente para adaptarse a las diversas necesidades.

Los pacientes deben sentirse cómodos y el personal del hospital debe tener acceso a un esquema de iluminación eficiente que les brinde una vista sin deslumbramiento de sus pacientes y equipos técnicos. Puede ser necesario el uso de luminarias de techo LED en estos espacios que tienen una alta reproducción cromática y color de la luz del día.

3-Habitaciones de pacientes: La disposición e iluminación de las habitaciones debe tener en cuenta en primer lugar el estado mental del paciente. Como resultado, además de una iluminación adecuada, el color de las habitaciones y la forma en que la fuente de luz reproduce los colores son cruciales. En este caso, se recomiendan lámparas de techo con temperatura de color blanco cálido y bombillas LED regulables.

4-Quirófanos: Es necesario dividir la sala en varias zonas para lograr la mejor iluminación. La mesa de operaciones es el lugar de la habitación con más luz. Para evitar problemas con la adaptación de los ojos, el resto de la habitación debe estar bien iluminada y sin deslumbramiento además de esa área.

5 Discusión-Conclusión

Debido en parte a una prohibición que la Unión Europea comenzó a aplicar en 2018, la iluminación LED ha desplazado a las bombillas halógenas en hospitales, oficinas y alumbrado público, lo cual el electricista del hospital normalmente solo cambia luces led.

Por último, el electricista como personal de mantenimiento debe de conocer que hay 4 zonas donde la luz es diferente (quirófanos, salas de tratamientos y curas, habitación del paciente y entradas) para ello siempre debe de tener actualizados los recambios de bombillas o leds para poder cambiarlos en un momento determinado, ya que sin eso el hospital no funcionaria.

6 Bibliografía

<https://www.lamparadirecta.es/blog/iluminacion-para-hospitales-y-centros-de->

salud

Capítulo 419

PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL ELECTRICISTA Y EL MONTAJE DE ILUMINACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS DE UN HOSPITAL

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

SERGIO GARCÍA ZAMORA

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Dentro del quirófano trabajan cirujanos, anestelistas, enfermeros, instrumentistas y demás profesionales que necesitan una estructura compatible con la iluminación que necesitan para su correcto funcionamiento. El sistema de iluminación para realizar y ser capaz de realizar su trabajo en condiciones de poca iluminación. Las instalaciones de iluminación deben cumplir unos estándares mínimos de diseño, fiabilidad y ergonomía acordes con las tareas que en ellas se desarrollan con unos parámetros específicos para que la iluminación sea la óptima en el momento requerido por los profesionales que dependan de ella. El electricista del servicio de mantenimiento de los centros hospitalarios realizará siempre el montaje y la inspección de estas instalaciones en el momento mas oportuno, con la

asistencia del ingeniero jefe de mantenimiento, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de todos los requisitos de la seguridad, la eficiencia y la protección. La iluminación y la ergonomía de estas instalaciones son igualmente cruciales para los quirófanos de los hospitales.

Hay que insistir en que los mecánicos del servicio de mantenimiento hospitalario, y en definitiva, los equipos de servicio de mantenimiento ajenos a estas instalaciones, realicen labores de mantenimiento durante el montaje y posterior mantenimiento de estas instalaciones de iluminación.

2 Objetivos

Describir cómo funcionan estos sistemas, que son tan importantes como la iluminación de los quirófanos de nuestros hospitales por el electricista del hospital.

3 Metodología

Como parte de la investigación para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos, y se han elegido aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Debemos distinguir entre tres tipos cruciales de iluminación dentro de un quirófano:

1-Sistema de iluminación general de quirófano (QX): Este sistema proporcionará niveles de iluminación adecuados del orden de 500 lux o lúmenes, que en el plano de trabajo son suficientes para permitir la iluminación necesaria para la preparación de quirófanos y del instrumental quirúrgico. Limpieza, preparación del paciente y operación, entre otras cosas, pero no poder realizar la intervención quirúrgica por falta de iluminación. Todas las lámparas que se utilizarán siempre deben elegirse en función de su escala de temperatura de color (que es el tono de la luz emitida) y el índice de reproducción cromática estándar (la capacidad de la fuente para proporcionar luz para reproducir los colores normalizados).

2-El sistema de iluminación de precisión QX estará compuesto por las propias luces del quirófano, que serán móviles para que puedan actuar desde varios án-

gulos y adaptarse así a cualquier posición que se requiera con el paso del tiempo para que el cirujano enfoque y trabaje la acción que está tomando. Para un acercamiento más directo al trabajo realizado sobre el paciente, pueden tener varios niveles de regulación y pueden proporcionar hasta 25.000 lux. Será necesario que tengan un suministro eléctrico único para poder funcionar por lo importante que es esta iluminación y que sean capaces de responder a un breve corte de energía, y con una autonomía mínima de dos horas.

3-Sistema de alumbrado de emergencia: este alumbrado tendrá dos finalidades.

- Seguridad: Garantizará el alumbrado durante el desalojo de un local y arrancará con una tensión inferior al 70% de la nominal.
- Reemplazo, como equipo de iluminación portátil a batería con al menos dos horas de funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de iluminación en un quirófano son cruciales para que los cirujanos puedan realizar su trabajo en las mejores condiciones posibles, lo que se traduce en operaciones de mayor calidad que aumentan la probabilidad de éxito y, por ende, la recuperación del paciente. Un problema grave durante la operación y la posibilidad de situaciones peligrosas surgirían de cualquier falla en uno de estos sistemas. En el hospital, es responsabilidad del electricista asegurarse de que todas estas ubicaciones hayan sido consideradas en el diseño y capacitar a los electricistas que se encargarán del mantenimiento de estos sistemas para garantizar siempre su correcto funcionamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 420

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO EN LA ANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

MANUEL INOCENCIO MORALES

SARA LÓPEZ LÓPEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

1 Introducción

Para crear imágenes detalladas de los vasos sanguíneos del cuerpo, el procedimiento de diagnóstico por imágenes conocido como angiografía por resonancia magnética (ARM) utiliza campos magnéticos y ondas de radio. La radiación ionizante no se utiliza en la angiografía por resonancia magnética, a diferencia de la angiografía tradicional, que utiliza rayos X y materiales de contraste yodados. Para el procedimiento de angiografía por resonancia magnética se utiliza una máquina de imágenes por resonancia magnética (IRM), que genera fuertes campos magnéticos mientras el paciente está dentro de ella. Debido a esto los núcleos de hidrógeno del cuerpo para emitir señales que son detectadas por antenas en equipos de resonancia magnética. Después de ser procesadas por una computadora, estas señales se utilizan para producir imágenes detalladas de los vasos sanguíneos.

Cuando se examina la estructura y el funcionamiento de los vasos sanguíneos en varias partes del cuerpo, incluidos el cerebro, el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, la angiografía por resonancia magnética es particularmente útil. Puede ayudar en la detección temprana de enfermedades vasculares como aneurismas, estenosis, malformaciones vasculares, coágulos sanguíneos y más, para mejorar la visualización de los vasos.

Durante la angiografía por resonancia magnética, ocasionalmente se usa un medio de contraste intravenoso. Para poder visualizar mejor la estructura y el flujo de los vasos sanguíneos, este medio de contraste contiene materiales paramagnéticos que potencian las señales de los vasos sanguíneos.

En muchas situaciones, la angiografía por resonancia magnética se considera un sustituto seguro y no invasivo de la angiografía tradicional. La presencia de dispositivos médicos específicos implantados o la claustrofobia en algunos pacientes, por ejemplo, son contraindicaciones.

Con la ayuda de campos magnéticos y ondas de radio, el método de diagnóstico por imágenes conocido como angiografía por resonancia magnética puede producir imágenes precisas de los vasos sanguíneos del cuerpo. Es un sustituto seguro e indoloro de la angiografía tradicional que permite evaluar la composición y el funcionamiento de los vasos sanguíneos sin causar ningún daño al organismo con radiactividad con iones.

2 Objetivos

El objetivo de un encuentro de técnicos en iluminación era 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

La angiografía por resonancia magnética no es posible sin la asistencia del técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico o tecnólogo de MRI. Para garantizar la seguridad del paciente, operar la máquina de resonancia magnética y trabajar con el personal médico, debe realizar sus funciones esenciales. Las principales responsabilidades del técnico de rayos durante la angiografía por resonancia magnética incluyen las siguientes.

Preparación del paciente: La preparación del paciente para una angiografía por resonancia magnética es responsabilidad del técnico de rayos X. Entre otras cosas, esto implica delinear el proceso, atender las consultas y preocupaciones de los pacientes y asegurarse de que se retiren del cuerpo del paciente todos los objetos metálicos o dispositivos médicos que interfieren con la resonancia magnética.

-**Posicionamiento del paciente:** para obtener imágenes claras de los vasos sanguíneos, el técnico de rayos X de la máquina de resonancia magnética coloca al paciente dentro en la posición correcta.

Asegúrese de que esté estable y cómodo mientras se realiza el procedimiento y colóquelo en la posición adecuada.

El técnico de rayos X configura los parámetros del equipo de resonancia magnética para producir las mejores imágenes posibles de los vasos sanguíneos.

-**Ajuste de parámetros del equipo.** Esto incluye decidir sobre el protocolo adecuado para él.

Si utiliza un medio de contraste intravenoso durante la angiografía por resonancia magnética, modifique los parámetros de exploración en cuanto a duración y secuencia, y optimice los parámetros de contraste.

-**Uso del equipo de resonancia magnética:** durante una angiografía de resonancia magnética, el técnico de rayos está a cargo de utilizar el aparato de resonancia magnética. Esto implica iniciar y detener el escaneo, administrar sus parámetros según sea necesario, monitorear la calidad de la imagen en tiempo real y asegurarse de que el paciente no se mueva mientras se realiza.

-**Colaboración con el equipo médico:** El técnico de rayos X colabora estrechamente con el radiólogo u otros expertos médicos durante todo el procedimiento. A través de los sistemas de intercomunicación, también pueden comunicarse.

5 Discusión-Conclusión

Para crear un ambiente relajante y seguro para el paciente durante una resonancia magnética, la disposición del técnico de rayos X es fundamental. Durante el procedimiento, una actitud calmada, compasiva y tranquilizadora puede reducir la ansiedad del paciente y fomentar la confianza. Cuando un paciente tiene preguntas o inquietudes, el técnico de rayos X debe ser comprensivo y receptivo mientras describe claramente el procedimiento. Además, permanecer sereno y paciente durante la exploración aumenta la probabilidad de que la imagen sea de buena calidad y de que los pacientes cooperen. Un ambiente que apoya el cuidado del paciente y la comodidad es producido por una actitud positiva y profesional, por lo que mejora teniendo una perspectiva global y avanzando en la angiografía por resonancia magnética.

6 Bibliografía

-www.google.com
-www.revistamedica.com

Capítulo 421

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNÓSTICO Y EL ARCO DE QUIRÓFANO

MANUEL INOCENCIO MORALES

SARA LÓPEZ LÓPEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

1 Introducción

El quirófano es una sala de hospital con aire acondicionado donde se realizan procedimientos quirúrgicos. Los procedimientos quirúrgicos invasivos se llevarán a cabo en este centro de atención médica especializada. Si nos concentramos en imágenes diagnósticas, descubrimos componentes para realizar imágenes diagnósticas en el quirófano. Los arcos de quirófano son un tipo de dispositivo que crea imágenes radiológicas mientras se realiza un procedimiento quirúrgico.

Para el diagnóstico y el éxito de la intervención quirúrgica se necesitan imágenes médicas de alta calidad, y el técnico en diagnóstico por imágenes es el encargado de obtener y proporcionar estas imágenes.

Un arco en C, también conocido como arco de quirófano, es una pieza de tecnología médica utilizada en el quirófano para proporcionar imágenes de rayos X

en tiempo real durante los procedimientos quirúrgicos. Las imágenes se pueden obtener desde varios ángulos sin necesidad de mover y colocar la estructura en forma de "C" del dispositivo alrededor de la mesa de operaciones.

Un detector de imágenes está ubicado al otro lado del arco de la sala de operaciones y una fuente de rayos X montada en un brazo articulado completa el arco. En procedimientos quirúrgicos complejos y procedimientos intervencionistas mínimamente invasivos, es especialmente útil.

2 Objetivos

Informar a las personas de la finalidad y características del arco de quirófano por el técnico superior en imagen y diagnóstico.

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 arco de quirófano es particularmente útil durante procedimientos quirúrgicos difíciles como cirugía ortopédica, neurocirugía, cirugía cardiovascular y procedimientos mínimamente invasivos. Las imágenes intraoperatorias en tiempo real estarán disponibles, lo que permitirá al cirujano evaluar y ver la anatomía interna, dirigir la colocación de implantes o herramientas y garantizar la precisión al realizar la cirugía.

Los principales beneficios del arco de quirófano son:

- Visualización en tiempo real: esta función ayuda al cirujano a ver las estructuras internas, los huesos y los tejidos a medida que se operan.
- Orientación y guía: mediante visualización en tiempo real y superposición de imágenes, asistencia en la colocación de implantes para elementos como prótesis articulares o tornillos de fijación.
- Menos exposición a la radiación: al obtener imágenes directamente, es posible evitar tener que llevar al paciente a un centro de radiología, lo que reduce la

exposición a la radiación y acelera la cirugía.

- Aumente la productividad de la sala de operaciones al reducir la necesidad de detener la cirugía para realizar pruebas al proporcionar imágenes en tiempo real, pruebas diagnósticas adicionales. Para garantizar que el personal y los pacientes estén protegidos de la exposición innecesaria a la radiación, es crucial enfatizar que el uso del arco de quirófano requiere una capacitación especializada para su manejo y un estricto cumplimiento de las normas de seguridad radiológica.

Las aplicaciones para arcos de quirófano incluyen, pero no se limitan a:

- Procedimientos ortopédicos.
- Cirugía de corazón.
- Neurocirugía.
- Cirugía endovascular: permite intervenciones de los vasos sanguíneos con el menor traumatismo.

Para imágenes con el arco de quirófano y uso eficiente del arco de quirófano:

1. Protección radiológica: para reducir la exposición a la radiación tanto del personal como de los pacientes, se deben seguir los procedimientos de protección radiológica.
2. Instrucción e instrucción adecuadas.
3. Integración con otros sistemas: Este sistema estará integrado con otros sistemas y tecnologías, lo que requerirá una adecuada comprensión y coordinación para su uso combinado.

5 Discusión-Conclusión

En el quirófano, el técnico senior de diagnóstico por imágenes juega un papel fundamental al ofrecer asistencia técnica para la recopilación de imágenes médicas durante los procedimientos quirúrgicos. Sus habilidades únicas y su capacidad para trabajar bajo presión son cruciales para el éxito de la intervención quirúrgica. Mantenerse al día con las tecnologías y técnicas más recientes, así como seguir las normativas, son desafíos actuales y futuros y directrices que garantizan la seguridad radiológica tanto de los pacientes como del personal. En el ámbito médico, es crucial porque permite la adquisición de imágenes reales, lo que mejorará la precisión de los procedimientos y permitirá un mejor diagnóstico.

6 Bibliografía

- www.google.com
- www.revistamedica.com

Capítulo 422

FUNCIONES DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN Y DIAGNOSTICO EN LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL

MANUEL INOCENCIO MORALES

LAURA GARCIA NAVARRO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

EULALIA JARABO GARCÍA

SARA LÓPEZ LÓPEZ

1 Introducción

La ecografía abdominal es un método de imagen que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para producir imágenes en tiempo real de los órganos y estructuras del abdomen.

La región abdominal se cubre con gel conductor para el procedimiento y se frota suavemente un transductor contra la piel. Las ondas son emitidas por el transductor.

Es el sonido que penetra en el cuerpo y se refleja en los órganos y tejidos internos. El transductor captura estos ecos, que luego se convierten en imágenes en el monitor para equipo de ultrasonido.

El hígado, los riñones, el bazo, la vesícula biliar, el páncreas, los intestinos y los vasos sanguíneos abdominales se pueden ver durante una ecografía abdominal.

Esta prueba también puede revelar la presencia de masas, cálculos, inflamación, fluidos anormales u otras anomalías en órganos o tejidos.

Es un procedimiento no invasivo, indoloro, seguro y sin radiaciones ionizantes. También se puede realizar en consultorios médicos, clínicas y hospitales y está ampliamente disponible.

La obstrucción intestinal, los tumores, la enfermedad hepática, la enfermedad renal, la apendicitis, la enfermedad de la vesícula biliar, la enfermedad intestinal y las anomalías vasculares son solo algunas de las afecciones que se pueden diagnosticar y evaluar mediante una ecografía abdominal. Además, se utiliza para dirigir procedimientos intervencionistas como biopsias o drenajes, así como durante el seguimiento del tratamiento.

2 Objetivos

Describir de forma clara y sencilla las distintas tareas que realizan en su puesto de trabajo, se ha reunido un grupo de técnicos de iluminación para discutir sus objetivos.

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

Al realizar una ecografía abdominal, el técnico de rayos, también conocido como tecnólogo radiológico o tecnólogo de ultrasonido, es crucial. Tiene que atender las necesidades del paciente, operar la máquina de ultrasonido, trabajar con el personal médico y mantener registros precisos. Las funciones principales del técnico de rayos X en la ecografía abdominal incluyen las siguientes:

El técnico de rayos X es responsable de preparar al paciente para la ecografía abdominal. Esto implica describir el procedimiento, dar instrucciones precisas y atender cualquier duda o inquietud que pueda tener el paciente. Además, antes

de iniciar el estudio, se asegura de que la región abdominal esté accesible y bien lubricada con gel conductor.

El técnico de rayos X está a cargo de operar con precisión y eficacia el equipo de ultrasonido. Esto implica elegir el modo de imagen correcto y ajustar ciertas configuraciones de ultrasonido.

Para obtener las mejores imágenes de los órganos abdominales, ajuste la frecuencia, la ganancia y otras configuraciones del transductor.

-Trabajando junto con el equipo médico: durante el procedimiento, el técnico de rayos X colabora estrechamente con el radiólogo u otros proveedores de atención médica. Pueden ayudar al médico con la ecografía, ofrecer información pertinente sobre las imágenes obtenidas y colaborar en la localización e identificación de estructuras anatómicas.

-Registro y documentación: Es deber del técnico de rayos X mantener registros precisos de cada procedimiento de ultrasonido abdominal. Esto implica documentar la información del paciente, la información técnica del escaneo (como la configuración del equipo y el uso del protocolo) y cualquier hallazgo importante relacionado con el estudio. Para preparar informes escritos o digitales para revisión del radiólogo, el técnico también puede trabajar con él.

-Mantenimiento y calidad del equipo: El técnico de rayos puede manejar el mantenimiento básico de la máquina de ultrasonido, incluida la limpieza y calibración de rutina. También pueden participar en programas de control de calidad para garantizar un excelente rendimiento del equipo y una excelente imagen.

5 Discusión-Conclusión

Asegurarse de que el paciente esté tranquilo y relajado es un paso crucial para realizar una ecografía abdominal de manera efectiva. El paciente debe estar tranquilo en todo momento durante el procedimiento manteniendo una comunicación clara y empática y dando instrucciones claras. Para obtener las mejores imágenes posibles, el movimiento y el ajuste del transductor deben realizarse con cuidado y método. cooperación y diálogo abierto.

El personal médico también es fundamental. Además, realizar un análisis cuidadoso de las imágenes adquiridas y tomar nota de cualquier descubrimiento pertinente ayudará a producir un informe preciso. paciencia, centrarse en los detalles. Los principios fundamentales de una buena técnica de ultrasonido abdominal incluyen la consideración de la comodidad y privacidad del paciente.

6 Bibliografía

-www.google.com

-www.revistamedica.com

Capítulo 423

EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

M^a DE LAS MERCEDES GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

Los hospitales, con su flujo constante de pacientes de diversas edades y estados de salud, se convierten en un escenario propenso a situaciones que pueden conllevar caídas y lesiones, a menudo derivadas de la fragilidad física o condiciones médicas que afectan la movilidad y el equilibrio de los pacientes. En este contexto, los celadores se erigen como actores cruciales en la labor de minimizar los riesgos asociados a estos incidentes.

Más allá de sus tareas logísticas, el celador actúa como un vigilante, atento a las condiciones del entorno que podrían propiciar caídas, tales como superficies resbaladizas, obstáculos en pasillos y poca iluminación. Mediante su presencia constante y participación activa en la identificación y reducción de factores de riesgo, los celadores tienen el poder de prevenir situaciones potencialmente peligrosas y fomentar un ambiente hospitalario seguro y resguardado.

La interacción cercana que los celadores sostienen con los pacientes les otorga una perspectiva única sobre sus necesidades y vulnerabilidades individuales. Esta cercanía les permite construir relaciones de confianza con los pacientes, permitiéndoles brindar apoyo emocional y práctico mientras recalcan la importancia de seguir las indicaciones de seguridad. Además, los celadores también cumplen

un rol educativo, ya que tienen la capacidad de instruir a los pacientes sobre cómo desplazarse de manera segura y cuándo solicitar ayuda para prevenir caídas.

A medida que avanzamos en este documento, exploraremos en mayor profundidad cómo los celadores enfrentan estos desafíos y cómo su contribución puede conducir a resultados tangibles en la reducción de caídas y lesiones en el ámbito hospitalario. Reconocer el valor de su labor es esencial para forjar un sistema de atención médica más seguro y completo, donde todos los miembros del equipo trabajen en armonía para resguardar y cuidar a aquellos que depositan su confianza en la atención médica.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explorar y analizar el papel del celador en la prevención de caídas y lesiones en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para elaborar este informe, se llevó a cabo una exploración en la literatura referente a las atenciones del Celador en la Prevención de Caídas y Lesiones en el Entorno Hospitalario, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se examinaron diversas fuentes como sitios web, publicaciones periódicas y repositorios de información sanitaria.

4 Resultados

La prevención de caídas y lesiones en el ámbito hospitalario encierra una importancia crítica debido a la salud y situación médica de los pacientes. Los celadores desempeñan un papel esencial al acompañar, trasladar y auxiliar a los pacientes en sus movimientos dentro del hospital. Su responsabilidad radica en la identificación de elementos de riesgo, como suelos resbaladizos, cables sueltos o camas inestables, y la adopción de medidas preventivas para evitar incidentes.

Es menester que los celadores cuenten con la capacidad de reconocer a aquellos pacientes con mayor propensión a sufrir caídas, como los ancianos o aquellos con problemas de equilibrio. La implementación de medidas como la colocación de barandillas en las camas, la utilización de calzado antideslizante y la correcta iluminación de los pasillos son aspectos en los que los celadores pueden contribuir

activamente. Además, educar a los pacientes acerca de la importancia de requerir ayuda al incorporarse o desplazarse puede ejercer un impacto significativo en la prevención de caídas.

En situaciones emergentes, como cuando un paciente intenta levantarse sin asistencia, el celador debe actuar con prontitud y seguridad para prevenir caídas y lesiones. Su formación en tácticas de manejo de pacientes y la habilidad para comunicar de forma efectiva son esenciales para asegurar que los pacientes comprendan las instrucciones y colaboren en salvaguardar su propia seguridad.

En resumen, el rol del celador en la prevención de caídas y lesiones en el entorno hospitalario resulta de suma trascendencia. Su presencia constante y su dedicación a la seguridad de los pacientes contribuyen en gran medida a instaurar un entorno hospitalario seguro y cauteloso. A través de la identificación de riesgos, la instauración de medidas preventivas y la atención meticulosa a las necesidades de los pacientes, los celadores desempeñan un papel fundamental en la disminución de accidentes y lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Desde la detección de factores de riesgo hasta la implementación de medidas preventivas y el respaldo emocional a los pacientes, los celadores demuestran su relevancia como agentes comprometidos con la seguridad y la salvaguardia de los individuos bajo su tutela. Su conocimiento y habilidades en la transferencia segura de pacientes, así como su capacidad para intervenir en situaciones de urgencia, desempeñan un rol vital en la reducción de las tasas de caídas y lesiones.

Un elemento esencial del quehacer del celador radica en su aptitud para mantener vínculos empáticos y de confianza con los pacientes. Esta relación no solo promueve un ambiente de cooperación y comunicación, sino que también faculta la transmisión efectiva de conocimientos acerca de la prevención de caídas. Los celadores asumen el papel de educadores que empoderan a los pacientes para adoptar una postura activa en su seguridad, motivándolos a tomar decisiones informadas y a buscar asistencia cuando sea necesario.

6 Bibliografía

García, A. M. (2018). "Prevención de caídas en el ámbito hospitalario: Rol del personal de celaduría". *Revista de Seguridad Hospitalaria*

Pérez, J. L. (2020). "Importancia de la formación de celadores en la prevención de accidentes en hospitales". Enfermería y Cuidados de Salud

Normativa Hospitalaria de Seguridad (NHS). Departamento de Salud. (2021).

Capítulo 424

EL ELECTRICISTA Y LOS FUSIBLES Y DIFERENCIALES DE UN HOSPITAL

SERGIO GARCÍA ZAMORA

JOAQUIN HERNÁNDEZ LÓPEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

RAMÓN SERRANO LÓPEZ

ALFONSO LÓPEZ BEAMUD

1 Introducción

Para evitar que las personas sufran lesiones en un accidente directo o indirecto, los diferenciales eléctricos son dispositivos electromecánicos que se instalan en las instalaciones eléctricas de corriente alterna.

Si bien en teoría no debería haber ningún tipo de fuga y mucho menos de corriente eléctrica, es capaz de detectar las pequeñas fugas de corriente eléctrica que puedan existir en nuestro hogar.

Dado que la electricidad circula fuera de los conductores aislados en ausencia de un elemento aislante, cualquiera que toque, por ejemplo, la carcasa de un equipo eléctrico estaría expuesto a la corriente.

El propósito del fusible es abrir el circuito en el que está instalado fusionando uno o más de sus elementos que están específicamente diseñados y calibrados para esta función.

Cuando la corriente excede un cierto valor durante un período prolongado de tiempo, el fusible corta la corriente.

Todos los componentes que componen el dispositivo están contenidos en el fusible.

También es una muy buena opción porque no estamos en casa para resetearlo manualmente; por lo tanto, si salta por sí solo, se reinicia y los aparatos electrónicos como el frigorífico, la alarma, o los que debemos tener enchufados a la corriente siguen funcionando sin poder ininterrumpido.

2 Objetivos

Los principales objetivos a tratar en este capítulo son conocer que son los fusibles y diferenciales y qué tipos hay por el electricista del 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

Numerosos factores pueden hacer que los interruptores se disparen y los fusibles se fundan, incluidos bajo voltaje, disyuntores o fusibles mal diseñados, ajustes demasiado bajos del disyuntor de protección del motor, corriente trifásica desequilibrada, cortocircuito del motor, cableado incorrecto o conexiones eléctricas defectuosas, o bombas obstruidas, condensadores de motor de fase defectuosos y disyuntor de protección del motor expuesto a temperaturas ambiente superiores a la del motor.

Estos son los tipos de interruptores diferenciales que el electricista de un hospital debe de conocer:

1-Diferencial para corrientes pulsantes:

Estos son los que se utilizan en los hospitales y están dirigidos mayoritariamente en la utilización de cargadores de vehículos eléctricos, arrancadores y variadores de velocidad para los motores de lavandería, maquinaria textil, bombas,

máquinas, entre otros, ya que detectan defectos de corriente continua con bajo nivel de ondulación.

2-Diferencial selectivo o con retardo:

Este Principalmente se utilizan en instalaciones grandes y cuentan con un retardo a la desconexión, instalándose las aguas arriba de otros interruptores diferenciales instantáneos para asegurar la selectividad y entonces limitar el corte de servicio eléctrico únicamente a la parte de la instalación afectada por el defecto a tierra.

3-Diferencial estándar para corrientes alternas:

Estos diferenciales son los que descubrimos para uso en hogares o negocios. Son insensibles a la corriente continua de falla de los componentes, y si no se dispara un dispositivo diferencial en el caso de una corriente continua de los componentes, se pone en peligro a las personas y al equipo y, como ya mencionamos, puede provocar un incendio o una electrocución.

4-Diferencial Superinmunizado:

Es una variación mejorada del diferencial tipo A. Evita desconexiones repentinas provocadas por corrientes de alta frecuencia producidas por circuitos de computadores, circuitos con reactancias electrónicas, corrientes provocadas por descargas atmosféricas, entre otras fuentes.

Se previenen saltos inesperados con este estilo de diferencial superinmunizado.

5-Diferencial rearmable:

También está diseñado para uso doméstico y es una alternativa muy recomendable en el caso de que el diferencial salte ocasionalmente y no sea provocado por fenómenos naturales como tormentas eléctricas o fallos en la red eléctrica.

5 Discusión-Conclusión

Los interruptores y fusibles se utilizan principalmente para proteger a las personas y la propiedad de sobre corrientes peligrosas.

Por ello es fundamental que el electricista verifique las pruebas de diseño, construcción, puesta en marcha, operación y mantenimiento del sistema eléctrico del hospital para así llevar un mantenimiento correcto sobre toda la estructura del hospital. Este electricista debe de estar totalmente capacitado y formado para realizar estas tareas.

La función del fusible es abrir el circuito en el que está instalado al encender uno o más de sus componentes que están especialmente diseñados y calibrados para realizar esta tarea.

6 Bibliografía

1. www.google.es

2. www.revistamedica.com

Capítulo 425

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

NOELIA VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

1 Introducción

Una instalación para animales es una instalación dentro de un hospital donde se mantienen animales con fines de investigación en laboratorios científicos. Las instalaciones para animales generalmente incluyen laboratorios, áreas de alojamiento para animales, áreas limpias y sucias, incineradores de basura y cadáveres, áreas de laboratorio y quirófanos.

Permite experimentar con técnicas nuevas y complejas en cirugía. Continúe con la investigación con cerdos y aplique los resultados a los humanos.

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo dispone de una sala veterinaria de 1.400 metros cuadrados con salas para ratas, ratones, cerdos y todas las demás especies animales útiles para la investigación científica, también cuenta con un área de acción y una sala de operaciones experimental.

Además de los veterinarios e investigadores que trabajan en la instalación, también hay uno o más guardias de seguridad responsables del mantenimiento de

la instalación y de los animales alojados en ella. En otras palabras, el trabajo del celador es una parte importante de la instalación de animales, responsable de la limpieza, alimentación, saneamiento de los animales y el mantenimiento óptimo de la sala.

La sección 14.2.21 de la Ley de trabajadores no sanitarios define las obligaciones de los celadores de hospital y su función en la cría de animales.

2 Objetivos

Anunciar el trabajo y las funciones que realiza un celador de un hospital de animales: principalmente los cuidados hacia ellos.

3 Metodología

Para profundizar en este estudio se realizó un estudio que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se realizó una búsqueda organizada.

Se utilizaron libros, artículos citados de las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, así como artículos científicos seleccionados de revistas revisadas por pares.

Se extrajeron las fechas que fueron significativas, las que no lo fueron y se obtuvieron algunos resultados.

4 Resultados

Como personal médico, los celadores tienen responsabilidades generales, pero también tienen otras responsabilidades específicas según el servicio al que sirven. Su trabajo en la ganadería es muy diferente al de otras profesiones.

Lo primero que hay que entender es que estos animales son parte fundamental de la investigación médica y sanitaria. Entre sus tareas se encuentran, por ejemplo, conocer la naturaleza de las diferentes especies allí presentes, así como los requerimientos de espacio y condiciones óptimas para la salud animal.

Si la investigación que se está realizando no requiere la reproducción de los animales, se deben proporcionar machos y hembras por separado.

Por otro lado, si la reproducción es parte integral del proceso, siempre existe la necesidad de controlar el proceso, el número de crías por pareja de animales y su cuidado.

El acceso a los animales debe ser lo más fácil posible para obtener una visión general.

Se deben seguir las instrucciones de los supervisores y veterinarios. Esta es una parte importante de la cría de animales.

Los cuidadores de animales son responsables de mantener dietas balanceadas para los animales que varían según la especie, la edad, las características y las necesidades.

En algunos casos, los procedimientos de inspección requieren el ayuno continuo o la ingesta de líquidos de los animales, y el personal de seguridad es responsable de esto. Necesitamos asegurarnos de que los animales siempre tengan el agua que necesitan para prosperar.

La higienización de los animales y su entorno, arena, comederos, bebederos, etc. también forma parte de las funciones del veterinario para evitar condiciones de higiene insalubres tanto para los animales como para los profesionales.

Las partes utilizadas para recolectar desechos animales deben limpiarse regularmente. Usted es responsable de cuidar y evitar el estrés indebido de los animales que se investigan o prueban para la investigación.

Cuando un animal muere, se retira y se prepara para la disección, cremación o entierro según se requiera. Reconoce todos los protocolos que deben seguir los animales de investigación en un entorno hospitalario.

Si se requiere un animal para la prueba, los guardias de seguridad son responsables de transportar y ayudar al personal médico durante la prueba, lo que incluye sujetar animales vivos y reposicionar animales muertos.

Si un animal se escapa accidentalmente, los celadores se asegurarán de atraparlo y devolverlo a la jaula donde fue encontrado. Siempre se debe reconocer que los animales se utilizan con fines de investigación. Esto significa que tratar a los animales con cariño puede ser contraproducente a la hora de realizar investigaciones.

5 Discusión-Conclusión

El papel de un celador hospitalario de un hospital es diferente al de otros hospitales.

Estas tareas deben realizarse de manera clara y precisa, ya que muchos métodos de investigación dependen de la salud y el bienestar de estos animales.

Es importante saber que estos animales no son mascotas y trabajar con ellos puede ser peligroso.

Cuidarán de los animales aseándolos y sus instalaciones, alimentándolos, cambiándoles la dieta en base a investigaciones, trasladándolos si es necesario y sacándolos si mueren.

Este trabajo continúa viendo a los animales como una fuente de investigación científica, cuyo éxito ha llevado al avance de los métodos en la medicina humana.

6 Bibliografía

1- <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>

Capítulo 426

EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

1 Introducción

Los pacientes con problemas cardíacos son aquellos pacientes con enfermedades relacionados con el corazón.

Cuando un paciente con problemas de corazón acude al servicio de urgencias este puede ser derivado a los siguientes destinos, teniendo en cuenta la gravedad de su enfermedad.

- Sala de observación de urgencias donde se comprueba el estado del paciente durante las siguientes 24, 48 o 72 horas. Si el paciente mejora es dado de alta, si el paciente no mejora es ingresado en la planta de hospitalización de cardiología.

- Unidad de hemodinámica. El paciente requiere de una intervención cardíaca inmediata.
- Bloque quirúrgico. El paciente requiere de una intervención cardíaca inmediata más severa, por lo que la intervención se producirá en el quirófano.
- Planta de hospitalización de cardiología. El paciente requiere de la realización de más pruebas para comprobar el diagnóstico y proporcionarle de esta manera un tratamiento certero.
- Unidades de cuidados intermedios cardíacos (UCRI).

Se entiende como UCRI a las unidades que se encuentran en el interior de las plantas de hospitalización de cardiología y que son unas unidades intermedias entre la planta de hospitalización y las unidades de cuidados intensivos cardíacos. En las UCRI se encargan de atender a los pacientes con pacientes cardíacos que necesitan una atención más especializada pero que por su diagnóstico clínico no requiere de ser ingresado en las unidades de cuidados intensivos coronarios

2 Objetivos

- Definir el concepto de UCRI como unidad intermedia de cuidados cardiológicos.
- Detallar las modalidades de ingreso en las unidades de cardiología.
- Enumerar las funciones de los celadores durante los ingresos del paciente de cardiología.

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 ingreso en la planta de cardiología de un paciente se produce mediante algunas de estas vías:

- Ingreso desde el servicio de urgencias para la realización de más pruebas.
- Ingreso desde la unidad de hemodinámica. Teniendo en cuenta la dificultad de la intervención realizada en esta unidad, los pacientes pueden ser dados de alta

después de la intervención, o requiere de su hospitalización para realizar unos cuidados específicos en el paciente.

- Ingreso desde el quirófano.

- Ingreso programado para la realización de una intervención.

Teniendo en cuenta la gravedad del paciente, estos pacientes son ingresados en una unidad de la planta de cardiología o en otra. Aquellos pacientes que requieren de atenciones más específicas serán ingresados en las unidades intermedias de cardiología, sin embargo, aquellos pacientes que no requieren de una atención más específica serán ingresados en las habitaciones comunes de la planta de hospitalización.

Los celadores realizarán las siguientes funciones:

- Cuando un paciente acude por ingreso programado.

El celador lo trasladará desde el servicio de admisión del hospital hasta la sala de espera de la planta de cardiología. Una vez el técnico en cuidados auxiliares le indique, el celador acompañará al paciente hasta su habitación.

- Cuando un paciente es ingresado en las habitaciones comunes.

Si el celador que ingresa es trasladado en silla de ruedas, no será necesaria la intervención del celador para la movilización del paciente, sin embargo, cuando el paciente es traslado en camilla, el celador deberá participar en el traspaso desde la camilla hasta la cama.

- Cuando un paciente es ingresado en la unidad intermedia de cardiología.

Ante el estado delicado del paciente, el celador se convertirá en un miembro más del equipo de cuidados del paciente, por lo que su actividad será prioritaria con este paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno durante el ingreso de un paciente en la planta de hospitalización de cardiología de un centro hospitalario” nos demuestra la actuación del personal subalterno en los ingresos de los pacientes.

En las plantas de cardiología es muy importante que el celador sepa reconocer el tipo de ingreso y por lo tanto la urgencia de la realización de sus tareas, puesto que no será igual la urgencia en un ingreso programado, que la urgencia cuando un ingreso se produce en las UCRI de las plantas de cardiología.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 427

EL PERSONAL SUBALTERNO EN EL PUNTO DE INFORMACIÓN DE LA PUERTA PRINCIPAL DE UN CENTRO SANITARIO. FUNCIONES DEL CELADOR COMO PUNTO DE INFORMACIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES SANITARIOS

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

1 Introducción

En todos los centros sanitarios, ya sean centros de salud o centros hospitalarios, se encuentra una figura encargada de proporcionar la información solicitada sobre la localización o el funcionamiento de los servicios. Por norma general, esta figura recae sobre el personal subalterno de los centros sanitarios, puesto que es

la categoría profesional no sanitaria encargada de proporcionar esta información. En los centros de salud, esta información puede ser proporcionada igualmente por los auxiliares administrativos, sin embargo, es una acción que retrasada en gran medida el desarrollo de otras funciones específicas de esta categoría y que el celador no podría realizar.

El punto de información es la localización física dónde se encuentran ubicados los celadores que desarrollan esta función en específico, encontrándose generalmente en las puertas de los centros sanitarios. Sin embargo, la información solicitada en el punto de información, especialmente sobre la localización de los servicios, puede ser solicitada en cualquier lugar del centro sanitario a cualquier profesional sanitario.

El punto de información de un centro sanitario es un servicio muy importante no solo para los usuarios, pacientes, acompañantes y familiares, sino también para el resto de los profesionales sanitarios que, en algún momento durante el desarrollo de su actividad, dentro o fuera de su jornada laboral, requiera de cierta información necesaria para el funcionamiento del servicio en el cual se encuentre.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste el punto de información de un centro sanitario.
- Conocer las modalidades por las cuales el profesional puede solicitar información al servicio de información.
- Detallar la información proporcionada por el celador del servicio de información al resto de profesionales sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Información al resto de profesionales sanitarios.

Los celadores del servicio de información del centro sanitario serán los encargados de proporcionar la información al resto de profesionales sanitarios en referencia a:

- Localización del resto de servicios del centro sanitario.
- Horarios de atención al usuario, paciente y profesional de los diferentes servicios.
- Localización de médicos y residentes.

Por lo que los celadores desarrollarán las siguientes funciones:

En el momento en que un profesional sanitario necesita información sobre algún motivo relacionado con el desarrollo de sus funciones se pondrá en contacto con el punto de información del centro sanitario y le pedirá la información deseada. Esta información puede solicitarse por medio de dos modalidades:

- Presencial. El personal sanitario se persona en el punto de información y solicita la información deseada al celador.
- Telefónicamente. El personal sanitario llama al punto de información y solicita la información deseada al celador.

Por norma general, la información que puede proporcionar el equipo de celadores del punto de información es:

- Número de teléfono personal de los médicos especialistas que se encuentran en guardia localizada no presencial. Cuando un profesional requiere la presencia de otro profesional que no se encuentra en el centro sanitario, pero tiene guardia localizada, solicita al celador el número personal para ponerse en contacto directamente con él.
- Número de busca de los médicos especialistas que se encuentran de guardia. Cuando un profesional requiere la presencia de otro profesional, solicita al celador el número de busca para ponerse en contacto directamente con él.
- Número de busca de los médicos residentes que se encuentran de guardia. Cuando un profesional requiere la presencia de del residente de una especialidad, solicita al celador el número de busca para ponerse en contacto directamente con él.
- Número de teléfono de otros centros hospitalarios de referencia.
- Números de teléfono de otras gerencias del servicio de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno en el punto de información de la puerta principal de un centro sanitario. Funciones del celador como punto de información al resto de

profesionales sanitarios” nos demuestra el tipo de información que puede dar el celador que se encuentra en el punto de información del centro sanitario. El celador en ningún momento se pondrá en contacto directamente con el médico de guardia, los residentes de guardia o con otras gerencias, puesto que no es función de esa categoría profesional.

Del mismo modo, es de vital importancia que el celador tenga conocimiento de que bajo ningún concepto podrá dar información sobre el estado de salud de un paciente.

6 Bibliografía

- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- 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.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Vigente en los artículos referidos en la Disposición adicional decimocuarta y Disposición transitoria cuarta de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre

Capítulo 428

EL PINCHE DE COCINA Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA LIMPIEZA DEL SUELO DE LA COCINA HOSPITALARIA

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

1 Introducción

El suelo de la cocina hospitalaria debe cumplir con ciertas características y estándares para garantizar un ambiente seguro, higiénico y funcional. A continuación, se describen las principales características que se esperan en el suelo de una cocina hospitalaria:

Antideslizante: El suelo debe ser antideslizante para minimizar el riesgo de caídas y resbalones, especialmente en un entorno donde se pueden derramar líquidos y alimentos.

Fácil de limpiar: El suelo debe ser de fácil limpieza y mantenerse libre de suciedad, grasa y residuos. Debe permitir la remoción eficiente de manchas y ser resistente a productos químicos de limpieza.

Impermeable: El suelo debe ser impermeable para evitar que los líquidos se filtren y dañen las estructuras subyacentes. Esto facilita la limpieza y previene la proliferación de bacterias y gérmenes.

Resistente a productos químicos: Dado que en la cocina hospitalaria se utilizan productos químicos de limpieza y desinfección, el suelo debe ser resistente a estos agentes para evitar su deterioro.

Duradero y resistente: El suelo de la cocina hospitalaria debe ser duradero y resistente al desgaste, ya que está expuesto a un uso constante y a la manipulación de equipos pesados como carros de comida y utensilios de cocina.

No poroso: Un suelo no poroso evita la absorción de líquidos y olores, lo que ayuda a prevenir la contaminación y el crecimiento de bacterias y hongos.

Seguro para la salud: El suelo debe ser seguro para la salud, sin emitir sustancias tóxicas o alérgenos que puedan afectar la calidad del aire en la cocina y, por ende, en la preparación de alimentos.

Cumplir con las regulaciones sanitarias: El suelo de la cocina hospitalaria debe cumplir con las regulaciones y normativas locales y nacionales en cuanto a seguridad y salud, que pueden incluir requisitos específicos para superficies de suelos.

El suelo de la cocina hospitalaria debe ser antideslizante, fácil de limpiar, impermeable, resistente a productos químicos, duradero, no poroso, seguro para la salud y cumplir con las regulaciones sanitarias. Estas características aseguran un entorno higiénico y seguro para la preparación de alimentos y la operación eficiente de la cocina en el contexto hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la limpieza de las distintas áreas de la cocina hospitalaria como el suelo

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la limpieza del suelo en las distintas áreas de la cocina hospitalaria. Sus funciones están enfocadas en mantener un ambiente limpio y seguro para la preparación de alimentos y el personal de cocina. A continuación, se describen las principales tareas del pinche de cocina en relación con la limpieza del suelo:

Barrido y trapeado: El pinche de cocina es responsable de barrer y trapear el suelo de las distintas áreas de la cocina hospitalaria. Esto implica recoger cualquier suciedad, residuos o derrames, utilizando herramientas como escobas, recogedores y trapeadores.

Limpieza de manchas: El pinche de cocina debe identificar y limpiar cualquier mancha o derrame en el suelo de la cocina. Utiliza los productos y equipos adecuados para eliminar las manchas, como mopas, cepillos y productos de limpieza específicos para suelos.

Vaciar y limpiar los cubos de basura: El pinche de cocina también se encarga de vaciar y limpiar los cubos de basura en las distintas áreas de la cocina. Esto ayuda a mantener la higiene y evitar olores desagradables.

Mantenimiento del orden y la organización: El pinche de cocina contribuye a mantener el orden y la organización en la cocina hospitalaria. Esto implica asegurarse de que los utensilios, equipos y suministros estén debidamente guardados y organizados, evitando obstrucciones o peligros en el suelo.

Seguridad en la limpieza: El pinche de cocina debe seguir las normas de seguridad establecidas al realizar la limpieza del suelo. Esto incluye el uso adecuado de equipo de protección personal, como guantes y calzado antideslizante, y estar atento a cualquier peligro potencial para evitar lesiones.

Cumplimiento de los estándares de higiene: El pinche de cocina debe cumplir con los estándares de higiene establecidos en la cocina hospitalaria. Esto implica seguir los protocolos de limpieza y desinfección, utilizando productos y técnicas apropiados para garantizar la eliminación de bacterias y gérmenes del suelo.

Comunicación efectiva: El pinche de cocina debe comunicar cualquier problema o incidente relacionado con la limpieza del suelo al personal de supervisión o a los responsables de mantenimiento. Esto permite abordar de manera rápida y eficiente cualquier problema que pueda afectar la seguridad o la higiene en la cocina.

El pinche de cocina desempeña funciones clave en la limpieza del suelo en las distintas áreas de la cocina hospitalaria. Su labor incluye barrer, trapear, limpiar manchas, vaciar los cubos de basura, mantener el orden y la organización, asegu-

rar la seguridad en la limpieza y cumplir con los estándares de higiene. Su contribución garantiza un entorno limpio, seguro y cumpliendo con los estándares de higiene necesarios para la preparación de alimentos en el contexto hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Una tarea esencial del pinche de cocina en la limpieza del suelo de la cocina hospitalaria es barrer y trapear regularmente para mantener el área libre de suciedad, residuos y derrames. Esto garantiza un ambiente limpio y seguro para la preparación de alimentos y el personal de cocina. Además, el pinche de cocina debe prestar especial atención a la identificación y limpieza de manchas en el suelo, utilizando productos y técnicas adecuadas para eliminarlas. El cumplimiento de esta tarea es esencial para mantener altos estándares de higiene y prevenir riesgos de seguridad en el entorno de la cocina hospitalaria que debe de cuidar.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 429

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA EN LA LIMPIEZA DE LOS TERMOS DE COCINA

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

1 Introducción

En la cocina hospitalaria, se utilizan diversos termos para el transporte de alimentos en el área hospitalaria. Estos termos están diseñados para mantener la temperatura de los alimentos durante el proceso de transporte y garantizar que se mantengan seguros y aptos para el consumo. A continuación, se describen algunos de los termos más comunes utilizados en la cocina hospitalaria:

Termos isotérmicos: Estos termos están diseñados para mantener la temperatura de los alimentos, ya sea caliente o fría, durante un período prolongado. Están contruidos con materiales aislantes que retienen el calor o el frío, permitiendo que los alimentos se mantengan en la temperatura adecuada hasta su distribución.

Termos calientes: Estos termos están diseñados específicamente para mantener los alimentos calientes. Son contruidos con materiales aislantes y herméticos

que conservan el calor y previenen la pérdida de temperatura. Se utilizan para el transporte de platos calientes, sopas, guisos u otros alimentos que deben mantenerse a una temperatura segura y agradable para el consumo.

Termos fríos: Estos termos están diseñados para mantener los alimentos fríos y frescos durante el transporte. También están contruidos con materiales aislantes y herméticos que retienen la temperatura fría y evitan que los alimentos se calienten. Se utilizan para transportar ensaladas, postres refrigerados, productos lácteos y otros alimentos que requieren una temperatura baja para su conservación.

Termos de transporte: Estos termos están diseñados para facilitar el transporte seguro de los alimentos de un lugar a otro en el área hospitalaria. Tienen un diseño robusto y resistente, con asas o correas que permiten un manejo cómodo y seguro. Además, su construcción hermética y aislante ayuda a evitar derrames y mantener la integridad de los alimentos durante el transporte.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la limpieza de los termos de la cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias.

4 Resultados

El pinche de cocina desempeña un papel importante en la limpieza de los distintos termos utilizados en la cocina hospitalaria. Sus funciones están enfocadas en garantizar que los termos estén limpios, desinfectados y listos para su uso en el transporte de alimentos. A continuación, se describen las principales tareas del pinche de cocina en relación con la limpieza de los termos:

Identificación y clasificación: El pinche de cocina identifica los termos que requieren limpieza y los clasifica según el tipo de alimento o bebida que hayan

contenido. Esto ayuda a determinar los procedimientos de limpieza adecuados y evita la contaminación cruzada.

Preparación y limpieza preliminar: El pinche de cocina vacía los termos y realiza una limpieza preliminar para eliminar cualquier residuo de alimentos o líquidos. Puede enjuagarlos con agua tibia y utilizar cepillos o esponjas para eliminar los restos adheridos.

Limpieza profunda: El pinche de cocina procede a realizar una limpieza profunda de los termos utilizando productos de limpieza adecuados. Puede utilizar detergentes desinfectantes o soluciones específicas para eliminar cualquier residuo, mancha o mal olor. Se asegura de seguir las instrucciones del fabricante y utilizar técnicas de limpieza efectivas.

Desinfección: Una vez limpios, los termos deben ser desinfectados para eliminar cualquier bacteria o microorganismo que pueda causar contaminación. El pinche de cocina utiliza soluciones desinfectantes recomendadas y se asegura de seguir los tiempos de contacto adecuados para una desinfección eficaz.

Enjuague y secado: Después de la limpieza y desinfección, el pinche de cocina enjuaga los termos a fondo para eliminar cualquier residuo de productos químicos. Luego, los seca completamente para evitar la proliferación de bacterias y el mal olor.

Inspección y almacenamiento: El pinche de cocina realiza una inspección visual de los termos limpios y secos para asegurarse de que estén en condiciones adecuadas de uso. También se encarga de almacenarlos correctamente, en un área limpia y designada, para evitar la contaminación y el deterioro.

Mantenimiento y registro: El pinche de cocina puede llevar un registro de los termos limpiados y desinfectados, indicando la fecha, el tipo de limpieza realizada y cualquier observación relevante. Además, puede realizar un mantenimiento regular de los termos, como la revisión de juntas o tapas, para asegurar su buen funcionamiento.

Es importante destacar que el pinche de cocina debe seguir las pautas y protocolos establecidos por el personal de cocina y la institución de salud en cuanto a la limpieza y desinfección de los termos. También debe cumplir con las normas de seguridad y utilizar el equipo de protección personal adecuado durante el proceso de limpieza. La limpieza eficiente y adecuada de los termos contribuye a garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos en la cocina hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del pinche de cocina para garantizar la seguridad del contenido de los termos de cocina hospitalaria es realizar una limpieza y desinfección adecuadas. Esto implica eliminar completamente los residuos de alimentos y líquidos, así como eliminar cualquier bacteria o microorganismo que pueda causar contaminación. Al realizar una limpieza minuciosa y utilizar productos desinfectantes apropiados, el pinche de cocina asegura que los termos estén libres de gérmenes y bacterias que puedan comprometer la seguridad de los alimentos. Esta labor contribuye a mantener la calidad y la integridad de los productos alimentarios transportados en los termos, salvaguardando la salud de los pacientes y el personal del hospital.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 430

EL PINCHE DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA SIN GRASA

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

YOLANDA VELASCO ESPEJO

DAVID NAVARRO MASIP

MARÍA GLORIA ZAMORA DURÁN

ANGELA ZOMEÑO CHUMILLAS

1 Introducción

La dieta sin grasa hospitalaria es un tipo de régimen alimentario diseñado para limitar o eliminar el consumo de grasas en la alimentación de los pacientes hospitalizados. Esta dieta se prescribe principalmente para personas que necesitan reducir la ingesta de grasas debido a condiciones de salud específicas, como enfermedades cardíacas, trastornos hepáticos o problemas digestivos.

El concepto de la dieta sin grasa hospitalaria se basa en eliminar o limitar los alimentos que contienen altas cantidades de grasas saturadas y grasas trans. Estos incluyen alimentos fritos, lácteos enteros, carnes grasas, alimentos procesados y alimentos preparados con aceites vegetales ricos en grasas saturadas.

En cambio, se priorizan alimentos bajos en grasas, como carnes magras, pescado, aves sin piel, productos lácteos bajos en grasa o descremados, granos integrales, frutas, verduras y legumbres. Los métodos de cocción utilizados en esta dieta suelen ser hervido, al vapor, horneado o a la parrilla, evitando los alimentos fritos o preparados con aceites grasos.

El objetivo principal de la dieta sin grasa hospitalaria es reducir la carga de trabajo del sistema digestivo, disminuir los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre, mejorar la función hepática y promover la salud cardiovascular. Además, puede ser útil para controlar los síntomas digestivos, como la diarrea o la intolerancia a las grasas.

Es importante tener en cuenta que la dieta sin grasa hospitalaria debe ser prescrita y supervisada por un equipo médico y un nutricionista, ya que las necesidades nutricionales pueden variar según la condición médica y las características individuales de cada paciente.

La dieta sin grasa hospitalaria es un régimen alimentario diseñado para limitar o eliminar el consumo de grasas en la alimentación de los pacientes hospitalizados. Se basa en la eliminación de alimentos ricos en grasas saturadas y trans, y la inclusión de alimentos bajos en grasas. Esta dieta busca promover la salud cardiovascular, mejorar la función hepática y aliviar los síntomas digestivos. Su implementación y seguimiento deben ser realizados por profesionales de la salud para garantizar una nutrición adecuada y segura.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es mostrar las funciones del pinche de cocina en la elaboración de las distintas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración de esta publicación se ha buscado en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO para después seleccionar después los artículos de los que se ha extraído la información para realizar las publicaciones en la elaboración de las dietas hospitalarias

4 Resultados

El pinche de cocina juega un papel esencial en la elaboración de una dieta sin grasa en un entorno hospitalario. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del pinche de cocina en este proceso:

Selección y preparación de alimentos: El pinche de cocina es responsable de seleccionar alimentos bajos en grasas y prepararlos de manera adecuada. Esto implica elegir carnes magras, pescado, aves sin piel, productos lácteos bajos en grasa, granos integrales, frutas, verduras y legumbres. También es importante asegurarse de que los alimentos estén frescos y cumplan con las pautas de seguridad alimentaria.

Control de las técnicas de cocción: El pinche de cocina debe utilizar técnicas de cocción que no agreguen grasas adicionales a los alimentos. Las opciones comunes incluyen hervido, cocción al vapor, horneado o a la parrilla. Estas técnicas permiten cocinar los alimentos de manera saludable, sin agregar grasas innecesarias. Es importante controlar el tiempo de cocción para evitar el exceso de cocción que pueda aumentar la sequedad de los alimentos.

Adaptación de recetas: El pinche de cocina puede ser responsable de adaptar las recetas para eliminar o reducir las grasas en los platos. Esto implica hacer modificaciones en los ingredientes y las proporciones para asegurarse de que los platos cumplan con los requisitos de una dieta sin grasa. Pueden utilizar sustitutos saludables como especias, hierbas aromáticas, limón o vinagre para realzar el sabor sin agregar grasas adicionales.

Presentación visual de los platos: Aunque la dieta sin grasa se centra en la reducción de grasas, el pinche de cocina puede hacer esfuerzos para que los platos sean visualmente atractivos. Esto puede implicar la utilización de colores vibrantes, la disposición cuidadosa de los ingredientes y el uso de técnicas de presentación creativas. Una presentación visual agradable puede estimular el apetito y el disfrute de los pacientes.

Colaboración con el equipo de nutrición: El pinche de cocina debe mantener una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para asegurarse de cumplir con las necesidades dietéticas específicas de cada paciente. Deben seguir las indicaciones proporcionadas por el equipo de nutrición y estar dispuestos a recibir retroalimentación y realizar ajustes en la preparación de los alimentos según sea necesario.

Es importante que el pinche de cocina siga las normas de higiene y seguridad alimentaria en todo momento para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados. Además, deben estar actualizados sobre las últimas pautas y

recomendaciones dietéticas para proporcionar una dieta sin grasa adecuada. El pinche de cocina desempeña un papel crucial en la elaboración de una dieta sin grasa en un entorno hospitalario. Sus funciones incluyen la selección y preparación de alimentos bajos en grasas, el control de las técnicas de cocción, la adaptación de recetas, la presentación visual de los platos y la colaboración con el equipo de nutrición. Su contribución es fundamental para garantizar que los pacientes reciban una alimentación saludable y adaptada a sus necesidades específicas.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave en la elaboración de la dieta sin grasa hospitalaria es asegurarse de seleccionar y preparar alimentos bajos en grasas para garantizar una dieta equilibrada y saludable. Utiliza técnicas de cocción saludables como hervir, cocinar al vapor, hornear o asar a la parrilla para evitar el uso de grasas adicionales. Adapta las recetas para eliminar o reducir las grasas en los platos, utilizando especias y hierbas para realzar el sabor. Presta atención a la presentación visual de los platos para hacerlos atractivos y apetitosos. Mantén una comunicación constante con el equipo de nutrición y el personal médico para asegurarte de cumplir con las necesidades dietéticas específicas de cada paciente. Cumple con las normas de higiene y seguridad alimentaria para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos preparados.

6 Bibliografía

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Capítulo 431

EL PERSONAL SUBALTERNO DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL BORDE DE LA CAMA PARA REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES. FUNCIONES DEL CELADOR CON EL PACIENTE ENCAMADO

JOSÉ DOMINGO LANZAS MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN RUBIO DIAZ

JOSE LUIS SANCHEZ JIMENEZ

CRISTINA ANTONAYA MORCILLO

SEBASTIÁN NÚÑEZ VALERO

1 Introducción

En las plantas de hospitalización o en la unidad de cuidados intensivos, donde se encuentran ingresados los pacientes durante largos periodos de tiempo, es muy frecuente la realización de un plan de cambios posturales para el paciente cada dos o tres horas.

Estos cambios posturales se basarán en ir cambiando al paciente de posición y alternar las zonas corporales sobre las que se ejerce más presión. Los pacientes pueden ser colocados en las siguientes posturas corporales anatómicas básicas:

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito lateral derecho.

Para la colocación de un paciente en la posición de decúbito lateral se deberá movilizar al paciente hacia el borde de la cama. La finalidad de movilizar a un paciente hacia el borde de la cama es la de poder posicionar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho con mayor facilidad.

El objetivo de realizar dicha acción es la de realizar cambios posturales al paciente para evitar la aparición de úlceras por presión en determinadas zonas corporales sobre las que se ejercen más presión y en segundo lugar, para proporcionar mayor comodidad al paciente encamado.

Es necesario como mínimo dos personas para la realización de esta movilización, sin embargo, si fuesen tres personas, la tercera persona se encargará de las extremidades inferiores.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad de lateralizar a un paciente hacia el borde de la cama.
- Detallar la técnica utilizada por el celador y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para lateralizar 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

Técnica para movilizar a un paciente hacia el borde de la cama.

- Si el paciente es consciente, se le comunicará cada actuación que se le realice, así como la finalidad de dicha actuación.

- Retirar la ropa de la cama que cubre al paciente para poder realizar la acción con mayor seguridad al poder observar al paciente en su totalidad. Si el paciente porta almohadas de sujeción, o de elevación de zonas corporales, se retirarán dichas almohadas.
- Asegurarse de que la cama se encuentre frenada, para evitar el movimiento de la cama durante la movilización.
- Colocar la cama en una altura cómoda para los profesionales que van a realizar de dicha actividad.
- Posicionar la cama en plano paralelo al suelo, bajando cabecero y los pies del paciente, para poder movilizar al paciente con mayor facilidad y sin dañar al paciente durante el giro.
- El celador se posicionará en un lado de la cama mientras que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se posiciona en el otro lado.
- Los profesionales se deberán coordinar para la realización de la actividad y realizar una cuenta atrás para realizarla a la vez.
- Utilizar la sábana bajera o la sábana entremetida para la movilización del paciente.
- La acción será realizada en dos pasos, el primer paso será la de subir al paciente hacia el cabecero de la cama, puesto que tienen tendencia a escurrirse, por lo que los pies se encuentran en continua presión con el piecero de la cama. El segundo paso será la de desplazar al paciente hacia el borde de la cama donde se encuentre posicionado el celador.
- Una vez el paciente se encuentre en el borde de la cama, el celador subirá la barandilla lateral para evitar la caída del paciente.
- El paciente movilizará al paciente hacia su lado con la ayuda de la sábana, para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería coloque una almohada debajo de la espalda del paciente para liberar a hombros y codos de la presión del resto del cuerpo.
- Una vez el paciente este posicionado se estirará la sábana utilizada para evitar el roce de la piel sensible del paciente con las arrugas de la sábana.
- Cubrir al paciente con la ropa de cama.
- Colocar la cama en una posición confortable para el paciente. subiendo más la parte de los pies para evitar que el paciente se escurra hacia abajo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El personal subalterno durante la movilización del paciente hacia el borde de la

cama para realizar los cambios posturales. Funciones del celador con el paciente encamado” nos demuestra la importancia de cambiar al paciente de posición cada dos o tres horas.

Sin embargo, es tan importante realizar un adecuado plan de cambios posturales como la de hidratar la piel del paciente y vigilar la creación de posibles heridas debido a la presión. Para ello, se deberá hidratar la piel del paciente al finalizar el cambio postural. Para la hidratación se utilizará crema hidratante para pieles sensibles, y para la curación de pequeñas rojeces producidas por la presión se utilizará aceite de almendras o algún aceite con propiedades curativas (linovera o mepentol).

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
- VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 432

PRODUCTOS QUÍMICOS EN LAVANDERÍA Y PLANCHA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE PRENDAS

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

Los hospitales, domicilios, laboratorios o centros de salud necesitan desinfectar y limpiar mucho más la ropa debido a la crisis del COVID-19.

Es responsabilidad de las lavanderías industriales hospitalarias realizar una desinfección exhaustiva utilizando altas temperaturas y los productos químicos necesarios.

Los equipos de secado, planchado y almacenaje de ropa se limpiarán y desinfectarán con frecuencia.

Para desinfectar se utilizan soluciones de lejía comercial (aproximadamente 30 ml en 1 litro de agua), soluciones de alcohol (al menos al 30 %, pero preferiblemente al 95 %) y otros productos homologados.

Para elegir los mejores productos en cada situación hay que tener en cuenta la naturaleza de los materiales. Entre cada turno, se limpiarán y desinfectarán las instalaciones. trabajo. Al manipular ropa sucia, se utilizará el equipo de protección adecuado, como guantes y ropa de trabajo. En todo caso, si se precisan otros equipos de protección individual (EPI), se seguirán las indicaciones. No será necesario el uso de EPI más allá de lo requerido por la actividad laboral. En general, los guantes deben cumplir la norma UNE EN 374 contra microorganismos.

Los guantes que se ha probado que protegen contra microorganismos peligrosos deben usarse para tareas donde existe un alto riesgo de exposición a COVID-19. Se utiliza agua caliente para lavar y desinfectar la ropa, y se utilizará peróxido de hidrógeno para desinfectar en lugar de lejía siempre que sea posible. La reducción de la carga bacteriana se ve facilitada en gran medida por el secado y planchado.

2 Objetivos

- Conocer los pasos para una correcta limpieza y desinfección, usar detergentes eficaces, en polvo o detergentes líquidos y conocer el uso de la plancha para desinfectar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sobre la composición de los detergentes, es imposible definir las sustancias que también contienen secuestrantes, blanqueadores o alcalino, que tienen tensioactivos que conducen a la emulsión de las grasas. Cada surfactante tiene algún nivel de actividad desinfectante.

Las propiedades de los detergentes son:

- Humectante: es la capacidad de reducir la tensión superficial del propio agua, para facilitar que se mojen los tejidos.
- Dispersión: el detergente rompe con las manchas o suciedad de los tejidos dispersando las partículas más finas que componen la propia mancha.
- Suspensión: las partículas dispersas deben mantenerse en suspensión y no acumularse, ni adherirse otra vez en los tejidos.

El proceso del lavado se puede conseguir con una serie de principios activos, cuya composición y proporción, constituye precisamente el sector del fabricante, cada fabricante tiene sus fórmulas, las cuales, están modificando y perfeccionando constantemente.

Además del lavado, es posible que se presenten otras necesidades como, por ejemplo, blanquear o añadir un plus de suavizante. Toda lavandería para ropa hospitalaria, debe contar con varios programas de lavado, adecuados a los diferentes tipos de suciedad, tejido u otras características de la ropa sucia.

La zona o sección de planchado es la sección más compleja y con más personal de toda la lavandería. En los últimos tiempos, se requiere un manejo manual e individualizado de todas y cada una de las prendas, en alguna fase pueden ser precisos varios procesos en los que tenga que intervenir directamente la mano del operario, por prenda.

Las planchadoras se ocuparán del planchado de toda clase de prendas, bien sea a mano o por procedimientos mecánicos como las calandras, también tendrían a su cargo la limpieza de los locales de los servicios de plancha.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de la lavandería es limpiar la ropa sucia y llena de gérmenes para que pueda ayudar al paciente a sentirse más cómodo y cuidado mientras permanece libre de gérmenes.

La lavandería hospitalaria debe encargar los insumos necesarios para una rutina fundamental de lavado que tenga en cuenta las especificidades de la ropa a lavar. Los programas serán presentados por el fabricante, y la lavandería los evaluará. Preparar el equipo de planchado de prendas de acuerdo con el tejido a tratar. No se puede utilizar la misma máquina de planchar para planchar todo tipo de prendas. Las calandras son la máquina más utilizada, porque son excelentes para planchar ropa lisa y ropa de cama.

6 Bibliografía

1. Productos químicos básicos para el desmanchado en tintorería: <https://www.tintoreriaylavanderia.com/tintoreria/81-desmanchado/576-productos-basicos-para-el-desmanchado-en-tintoreria.html>.

Capítulo 433

PRINCIPALES FUNCIONES DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA PLANCHA DE UN HOSPITAL

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

Un componente esencial de la cadena de atención y de la seguridad de los pacientes y del personal médico es el área de lavado y planchado del hospital y su funcionamiento. La administración de él también es crucial.

Hay ropa limpia y ropa sucia en varias áreas del hospital.

El servicio de lavandería y planchado de un centro hospitalario se encarga de devolver y reponer la ropa usada que ha sido limpiada, desinfectada y planchada para que pueda volver a ser utilizada. las características de un servicio integral. En la industria de la salud, el lavar y planchar no implica solo cambiar la ropa desgastada (pijamas sanitarios, batas médicas, sábanas, etc.) También es responsabilidad de la lavandería limpiar la ropa para que se pueda volver a usar y mantener la higiene.

Para aprovechar al máximo su inversión, controle la vestimenta de trabajo y esté atento a cualquier variable que pueda acortar la vida útil de su ropa.

La sección de planchado, el área de empaque, el área de costura y revisión, y el área de desinfección y lavado se encuentran entre sus principales funciones, que son velar por la seguridad y el bienestar del personal sanitario y no sanitario y la de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar e indicar las diferentes funciones que realiza el personal de lavandería y plancha para minimizar la contaminación microbiana 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

Todos los textiles utilizados en el hospital y centros de salud se pueden lavar, reacondicionar y planchar en la lavandería del hospital. Lo principal es velar por la seguridad y el bienestar del personal sanitario y no sanitario y la de los pacientes.

Su función es transformar la ropa sucia y contaminada en ropa limpia y libre de microbios que ayuda en el cuidado y la comodidad del paciente mientras protege al proveedor de atención médica. Por el tipo y cantidad de textiles elaborados, los sectores dedicados a esta actividad deberán contar con un nivel mínimo de infraestructura y equipamiento.

La ropa y prendas de vestir de los centros hospitalarios no solo son lavadas, desinfectadas y planchadas por el personal del servicio de lavandería y planchado; también se manipulan en cuanto a su previa clasificación, conteo y secado, lo que puede hacerse a mano o con la ayuda del equipo mecánico adecuado.

Se encargarán de la limpieza de las instalaciones de los servicios de lavandería y planchado así como del planchado a mano o a máquina de todo tipo de prendas.

Adicionalmente, se encarga de recuperar tejido, que aprovecha el tejido resistente de la ropa dañada para crear una prenda diferente, y reparar la ropa rota y descosida.

Dentro de las funciones del personal de lavandería y plancha se encuentran estas:

- Prelavado: proceso para eliminar manchas de materias orgánicas en las prendas de la ropa.
- Lavado: el objetivo es quitar la suciedad de la ropa y a su vez reducir la contaminación micro bacteriana.
- Planchado: acondicionamiento y desinfección final de la ropa en una temperatura de 140°C.
- Embalaje: envoltorio o embolsado de prendas individuales o por equipos.
- Empaquetado: embolsado de ropa ya embalada.

5 Discusión-Conclusión

En tiempos de pandemia el servicio de lavado y planchado estaba sobredemandado, ya que la ropa, tanto las sábanas o pijamas de los pacientes como las del personal de salud, necesitaban una mayor desinfección, esa era la función principal del personal de lavado y planchado. La ropa se lavó a altas temperaturas para una desinfección total y se planchó de la misma manera.

Además de lavar y planchar, el personal de este servicio también se encarga de clasificar y pesar la ropa antes del lavado, así como de reponer, coser y remendar las prendas dañadas.

Este servicio es fundamental para evitar la contaminación microbacteriana entre la indumentaria del personal sanitario y los propios pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 434

PAUTAS DE LA LAVANDERIA HOSPITALARIA PARA LA CORRECTA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDAS UNA VEZ QUE ESTÁN PLANCHADAS

SANDRA MARTINEZ SANCHEZ

MARÍA NIEVES GARCÍA ALBUJER

MARÍA JOSÉ LARREY TENDERO

MARIA JOSE CRESPO ZAFRA

MARIA LLANOS SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

Los denominados "servicios generales" se refieren al conjunto de servicios que se prestan en el hospital y que dan soporte a las operaciones básicas de apoyo. En la restauración hospitalaria incluimos los equipos de lavado, ropa blanca y planchado, tanto de ropa hospitalaria como de trabajo. En este servicio lo llamamos la unidad de lavandería y están en los centros hospitalarios y es donde va toda la ropa de los hospitales y del personal sanitario y encontramos: Ropa hospitalaria (tejidos médicos): Lavandería y lencería. En las lavanderías industriales se realizan las siguientes operaciones:

1. Recepción de ropa.

2. Clasificar y almacenar la ropa sucia.
3. Secar.
4. Ordenar ropa limpia.
5. Plancha, doblada y apilada.
6. embalado para el envío.

Para el mantenimiento de la ropa hospitalaria u otras prendas y complementos textiles, es de suma importancia conocer los cuidados específicos que requiere cada tejido. Los consejos que se dan para el cuidado de las telas individuales son generales, ya que siempre debe consultar la etiqueta de la ropa para conocer las instrucciones de lavado, planchado y cuidado. Es importante reducir la cantidad de planchado porque se queda en la lavadora si se usa con suavizante que se debe agregar durante el ciclo de lavado final. De esta forma, la ropa quedará menos arrugada.

2 Objetivos

Identificar y explicar los factores más importantes para realizar un buen planchado y la importancia del planchado de la ropa hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a hablar de las funciones del personal de lavandería de los centros hospitalarios y que es lo que forma este departamento y como se procede hacer alguna de las funciones.

Hay dos tipos de batas de hospital en el departamento de planchado.

1. Acabado de ropa plana: Gracias al conjunto formado por alimentadores, planchas, plegadoras y apiladoras, el proceso de acabado de ropa plana (hojas, insertos, etc.) está totalmente automatizado. El kit de demostración facilita el posicionamiento de las prendas en la plancha (extendida) y automatiza el proceso

mientras realiza una plancha con rodillos y vapor. Las carpetas para toallas, sábanas y artículos pequeños se pueden plegar y apilar según sea necesario. Con un armario, tienes una cantidad determinada de ropa que puedes empacar rápidamente.

2. Acabado de ropa moldeada. Gracias a los túneles de secado y acabado (robots de plegado) se automatiza el proceso de secado, planchado y doblado de prendas (pijamas, ropa de lactancia, etc.). Si los hospitales cuentan con los recursos necesarios, se deben aplicar sistemas alternativos tanto a nivel de unidad de gestión clínica (CMU) como de unidad de gestión clínica (CMU). Para ello, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Calidad de la ropa. - Lavado activo. Determinan el número teórico de lavados que debe aceptar cada prenda. - Estimar la probabilidad de pérdida o lesión no controlada (huesos rotos, preparación de cadáveres, ambulancia, etc.).

El consumo diario de cada UGC se reemplaza por el especialista en ropa de hospital. Suele ser una reposición diaria de una cantidad acordada entre el departamento de lavandería y la unidad hospitalaria respectiva. Entonces, todos los días,

UGC comienza a trabajar con la misma cantidad de ropa limpia almacenada en su equipo.

5 Discusión-Conclusión

Una de las correctas funciones de una lavandería hospitalaria es el conseguir que la ropa limpia y planchada sea cómoda, y ayude al cuidado del paciente, la cual tiene que estar correctamente desinfectada y que no sea un vehículo de infección. Podemos decir que el planchado es una combinación de varios factores como el calor, humedad del vapor, presión ejercida sobre las prendas y vacío. La forma correcta en que se combinen dichos factores determinara la calidad del planchado.

El planchador/a será perfecto conocedor de estos factores y sabrá llevarlos a la práctica en cada una de sus acciones en el servicio de plancha.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.
2. www.revistamedica.com

Capítulo 435

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CALL CENTER DE ATENCIÓN PRIMARIA

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

El departamento de Call Center en el servicio de salud se creó a raíz de la llegada a nuestro país de la pandemia originada por la Covid-19. Anteriormente, a la hora de pedir una cita médica, solía ser de forma presencial, pero al decretar el estado de alarma, el ministerio de sanidad recomendó no salir a la calle, salvo lo meramente imprescindible, y mucho menos acudir a centros sanitarios, sólo en caso de urgente necesidad.

Al no poder ir de forma presencial al médico de atención primaria, la única solución que tenían los pacientes era ponerse en contacto vía telefónica con su centro de salud para así agendar una cita con el médico o simplemente para resolver sus dudas; sin embargo, esta solución hizo que dichos centros se colapsaran, sin poder atender centenares de llamadas que recibían a lo largo de la jornada.

Por esa razón, se decidió abrir este servicio, para servir de apoyo a los centros de salud. En principio, solo iba a estar en funcionamiento durante el tiempo que durara la pandemia, pero actualmente se ha mantenido, ya que es un desahogo

para los centros de salud donde hay mucha demanda telefónica e insuficientes efectivos para atender todas las llamadas telefónicas.

Este capítulo está enfocado fundamentalmente al trabajo desarrollado en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de Call Center.
- Exponer la importancia y el apoyo de este servicio para los centros de salud 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. También se ha tenido en cuenta la propia experiencia profesional en este servicio.

4 Resultados

El Call Center sirve de apoyo a los centros de salud a la hora de agendar las citas; sin embargo, existe unas limitaciones con respecto a los tipos de consultas que se pueden citar desde este servicio.

Las prestaciones disponibles únicamente son las consultas presenciales (demanda) o telefónicas (teleconsulta demanda) con su médico de cabecera, enfermera o pediatra, al igual que también con la enfermera de pediatría. Bajo ningún concepto se pueden ofrecer desde el Call Center:

- Citas de cualquier prestación con la matrona.
- Citas para odontología
- En pediatría, citas para control de niño sano.
- Citas en programada, domi-demandas, administrativa organizada, o cualquier otro tipo de prestación que no sean demandas o teleconsultas, para ningún facultativo.
- Dar citas para extracciones.

Para trabajar en este servicio, el auxiliar administrativo debe ser comprensivo y mantener la calma con el paciente. Hay que tener en cuenta que las llamadas que se reciben de los pacientes son llamadas derivadas del centro de salud, es decir, no contestadas, y por consiguiente, nos podemos encontrar con una actitud irascible por parte del paciente, al no conseguir contactar con el centro de salud, con el añadido además, de que son personas que están enfermas y requieren una cita lo antes posible, cuando a veces no es viable. Es en ese momento, cuando el auxiliar administrativo ejerce una conversación asertiva con el paciente, es decir, apacigua al paciente, le escucha, entiende su situación y atiende sus necesidades dentro de las posibilidades que tiene bajo las restricciones que ofrece este servicio a la hora de agendar citas.

El Call Center es un servicio bastante útil y una buena forma de descongestionar los centros de salud, que a día de hoy sigue funcionando y debería seguir; sin embargo, los responsables de este servicio tendrían que solicitar la ampliación de prestaciones, para que los efectivos del Call Center puedan tener más libertad a la hora de citar otro tipo de consultas.

5 Discusión-Conclusión

El Call Center es un servicio bastante útil y un gran respaldo a la unidad administrativa de los centros de salud, al igual que también es una herramienta práctica para los pacientes, ya que, aunque en su centro de salud no consigan contestar la llamada, se derivará al Call Center para así ser atendidos lo antes posible.

Este servicio fue un alivio en el periodo de la pandemia, no solo por el desahogo que causaba para los centros de salud, sino también por el hecho de que los pacientes fueran escuchados, y atendieran sus necesidades, dentro de los límites que conlleva este servicio. El auxiliar administrativo está realizando una excelente tarea en este servicio, con empatía y templanza ayudando a los pacientes.

6 Bibliografía

1. La atención telefónica del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario [Internet] [29 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-correcta-auxiliar-administrativo-ambito-sanitario/>.
2. Auxiliar administrativo: instaure el “Call Center” durante la pandemia [Internet] [09 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/>

auxiliar-administrativo-call-center/.

3. La importancia de la atención telefónica en los servicios de salud [Internet] [03 de junio de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/fases-atencion-telefonica-servicios-salud/>.

Capítulo 436

LA ATENCIÓN GLOBAL EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER POR EL CELADOR

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

1 Introducción

En el complejo y desafiante panorama de la enfermedad de Alzheimer, donde las personas afectadas experimentan una progresiva pérdida de autonomía y de conexión con la realidad, la atención global se convierte en un faro de esperanza y apoyo. Esta atención va más allá de simplemente abordar los aspectos médicos; implica comprender profundamente las complejas interacciones entre la mente, el cuerpo y las emociones de los pacientes.

En esta danza entre la confusión cognitiva y la lucha por mantener la identidad, el papel del celador se revela como esencial. Los celadores, al ser quienes tienen una presencia constante en el entorno de atención al paciente, son testigos directos de la evolución de la enfermedad y de sus efectos en la vida cotidiana. Desde

asegurarse de que los espacios sean seguros y adaptados a las necesidades cambiantes del paciente, hasta brindar un trato cariñoso y respetuoso, los celadores encarnan la atención global en su forma más tangible.

La atención global en el enfermo de Alzheimer abarca diversos aspectos. En primer lugar, implica la administración de cuidados básicos, como la alimentación, el aseo y la movilidad, para mantener la salud física del paciente. Sin embargo, también es necesario trascender estos aspectos y adentrarse en el mundo emocional del paciente. La empatía y la paciencia se convierten en herramientas primordiales para comprender las frustraciones, los miedos y las necesidades comunicativas de quienes ya no pueden expresarse con la misma facilidad que antes.

El desafío principal radica en mantener una calidad de vida digna y enriquecedora para el paciente, a pesar de los obstáculos que presenta la enfermedad. En este sentido, los celadores desempeñan un papel activo en la estimulación cognitiva y sensorial, creando ambientes que fomenten la interacción social y la participación en actividades que puedan traer alegría y satisfacción.

En resumen, la atención global en el enfermo de Alzheimer por parte de los celadores representa una combinación de habilidades técnicas y humanas. Es un equilibrio entre lo médico y lo emocional, entre lo práctico y lo compasivo. En este escenario, los celadores se convierten en verdaderos aliados de los pacientes, construyendo un puente entre el mundo del cuidado clínico y el mundo interno de aquellos que luchan contra la progresiva pérdida de sí mismos. En las secciones que siguen, exploraremos en detalle las distintas dimensiones de esta atención global y su impacto profundo en la vida de quienes padecen esta enfermedad debilitante.

2 Objetivos

Conciencia y Comprensión: Nuestra principal meta es crear una conciencia más profunda y comprensiva sobre la enfermedad de Alzheimer y sus implicaciones tanto médicas como emocionales. Queremos que el lector entienda la complejidad de la enfermedad y cómo afecta la vida de quienes la padecen.

Valoración del Papel de los Celadores: Buscamos destacar la importancia vital del papel que los celadores desempeñan en la atención global de los enfermos de Alzheimer. Queremos que el lector comprenda que estos profesionales son más que cuidadores; son facilitadores del bienestar emocional y físico de los pacientes.

3 Metodología

Para la investigación realizada se ha efectuado una búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo, Medline, entre otras. Además, se han consultado diversos libros, artículos científicos y revistas para complementar el estudio teórico y con libros del TCAE actualizados.

4 Resultados

Por supuesto, aquí tienes el mismo texto sin el formato en negrita:

Los celadores, como parte del personal de atención médica, pueden desempeñar un papel importante en la atención de estos pacientes. Algunas formas en que los celadores pueden contribuir a la atención global en el enfermo de Alzheimer incluyen:

1. Comunicación y empatía: Los celadores deben interactuar con los pacientes de manera calmada, comprensiva y paciente. La comunicación efectiva es clave para establecer un ambiente seguro y confortable para los pacientes con Alzheimer.
2. Orientación y movilidad: Los celadores pueden ayudar a guiar a los pacientes a través de las instalaciones médicas y a moverse de manera segura. Pueden ofrecer apoyo físico y emocional para prevenir caídas y asegurarse de que los pacientes se sientan seguros y cuidados.
3. Asistencia con las actividades diarias: Los pacientes con Alzheimer pueden tener dificultades para realizar actividades cotidianas como vestirse, comer o asearse. Los celadores pueden colaborar con el personal de enfermería para ayudar a los pacientes con estas actividades, promoviendo la independencia en la medida de lo posible.
4. Vigilancia y seguridad: Los celadores deben estar atentos a las necesidades de los pacientes y a cualquier cambio en su estado. Esto puede incluir la observación de signos de malestar, agitación o confusión, y la notificación al personal médico cuando sea necesario.
5. Apoyo emocional: Los pacientes con Alzheimer pueden sentirse confundidos, ansiosos o frustrados. Los celadores pueden brindar apoyo emocional a través de la empatía y la tranquilidad, contribuyendo así a la comodidad del paciente.
6. Coordinación con el equipo médico: Los celadores colaboran con otros profe-

sionales de la salud, como médicos, enfermeras y terapeutas, para garantizar que se brinde una atención integral y coordinada al paciente.

7. Fomentar un entorno familiar: Los celadores pueden contribuir a crear un ambiente familiar y relajante en las instalaciones médicas, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes con Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención global en el enfermo de Alzheimer por parte de los celadores desempeña un papel esencial en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. A través de la comunicación comprensiva, la orientación segura, la asistencia en actividades diarias, la vigilancia constante, el apoyo emocional y la coordinación con el equipo médico, los celadores contribuyen a crear un entorno de cuidado y confort para aquellos que enfrentan los desafíos de esta enfermedad neurodegenerativa. Su labor no solo se centra en la asistencia física, sino también en la creación de un ambiente donde los pacientes se sientan comprendidos, seguros y acompañados en su camino hacia la mejor calidad de vida posible. La atención en el enfermo de Alzheimer es un enfoque integral que requiere el compromiso y la sensibilidad de todos los profesionales de la salud, incluidos los celadores, para brindar una atención holística y humanizada a quienes la necesitan.

6 Bibliografía

MAJOS, A., Manual de prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad. 1ª Edición. Madrid: Siglo Veintiuno editores, SA. 1995.

MORAGAS MORAGAS R., El Centro de Día para enfermos de Alzheimer. 3ª Edición. Barcelona: Pharma. 2005.

INE. Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones (2004). www.ine.es

Fundación Alzheimer España www.fundacionalzheimeresp.org

Capítulo 437

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

1 Introducción

En el complejo entorno de atención médica, el servicio de farmacia desempeña un papel central en la administración segura y eficiente de medicamentos a los pacientes. En este contexto, los celadores se destacan como elementos fundamentales para garantizar el funcionamiento fluido y organizado de este crucial servicio. Los celadores, también conocidos como asistentes de atención o auxiliares de farmacia, son profesionales que llevan a cabo una serie de funciones esenciales que abarcan desde la gestión de inventario hasta la interacción con pacientes y colaboración con el personal farmacéutico.

Una de las principales responsabilidades de los celadores en el servicio de farmacia es el mantenimiento y control riguroso del inventario de medicamentos y suministros médicos. Esto implica llevar un registro preciso de las existencias, fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento adecuadas para cada

medicamento. Mantener un inventario actualizado y en orden es crucial para evitar escasez o exceso de medicamentos, lo que podría tener un impacto negativo en la atención al paciente.

Además, los celadores también son encargados de preparar los pedidos de medicamentos para los diferentes departamentos y unidades de la institución médica. Esto involucra la correcta dispensación y empaquetado de los medicamentos según las prescripciones médicas y las necesidades de cada paciente. La precisión en este proceso es vital para asegurar que los pacientes reciban los tratamientos adecuados en las dosis y momentos indicados.

Otra función esencial de los celadores es mantener un entorno de trabajo seguro y limpio en el área de farmacia. Esto incluye la limpieza regular de las superficies, la disposición adecuada de desechos y la atención a las normas de higiene y seguridad. Al colaborar con el personal farmacéutico, los celadores también participan en la preparación de áreas de trabajo estériles para la manipulación de medicamentos que requieren condiciones especiales de asepsia.

La interacción con pacientes es otro aspecto vital de la labor de los celadores en la farmacia. Los celadores a menudo se encuentran en la primera línea de contacto con los pacientes que recogen sus medicamentos. Brindan asistencia y orientación sobre el uso correcto de los medicamentos, instrucciones de dosificación y posibles efectos secundarios. Su enfoque amable y paciente contribuye a que los pacientes se sientan cómodos y bien atendidos, y ayuda a prevenir malentendidos que podrían surgir en relación con la terapia farmacológica.

2 Objetivos

- Nuestra primera meta es proporcionar información precisa y completa sobre las responsabilidades y funciones del celador en el servicio de farmacia.
- Resaltar la importancia de las funciones del celador en la farmacia.

3 Metodología

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

Resultados.

La evacuación de pacientes en centros hospitalarios durante situaciones de emergencia es un proceso crítico que requiere métodos de traslado eficientes y seguros. A continuación, exploraré algunos resultados y enfoques relacionados con los métodos de traslado de pacientes en casos de evacuación de emergencia:

1. **Camillas y Sillas de Ruedas Especializadas:** Los hospitales suelen contar con camillas diseñadas para facilitar el transporte de pacientes en situaciones de evacuación. Estas camillas suelen ser más ligeras y fáciles de maniobrar que las camillas tradicionales, lo que permite una evacuación más rápida y eficiente. Además, las sillas de ruedas especializadas también son útiles para pacientes que pueden sentarse y moverse con cierta independencia.
2. **Métodos de Arrastre y Deslizamiento:** En situaciones extremas, donde no es posible usar camillas o sillas de ruedas, los equipos de rescate pueden utilizar técnicas de arrastre y deslizamiento para trasladar a los pacientes. Esto puede implicar el uso de mantas resistentes para mover a los pacientes de manera segura y controlada.
3. **Sistemas de Evacuación Vertical:** En algunos casos, como incendios u otras emergencias en edificios de varios pisos, los hospitales deben considerar métodos de evacuación vertical. Esto podría incluir el uso de ascensores de emergencia o sistemas de poleas y cuerdas para bajar a los pacientes de pisos superiores de manera segura.
4. **Entrenamiento y Simulacros:** Es esencial que el personal del hospital esté capacitado para llevar a cabo evacuaciones de emergencia de manera efectiva. Los simulacros regulares permiten al personal practicar los procedimientos de evacuación y familiarizarse con los métodos de traslado disponibles.
5. **Tecnología de Asistencia:** Algunos hospitales están explorando tecnologías como robots y vehículos autónomos para ayudar en la evacuación de pacientes. Estos dispositivos podrían ser programados para moverse de manera segura por el entorno hospitalario y transportar a los pacientes de manera eficiente.
6. **Coordinación con Servicios de Rescate Externos:** En situaciones de emergencia a gran escala, los hospitales deben coordinarse con los servicios de rescate externos, como bomberos y equipos de respuesta médica, para garantizar una evacuación segura y ordenada de los pacientes.
7. **Diseño de Infraestructura:** Los hospitales pueden incorporar el diseño de la

infraestructura para facilitar la evacuación en caso de emergencia. Esto podría incluir pasillos amplios, salidas de emergencia bien señalizadas y ascensores de emergencia de fácil acceso.

Es importante recordar que cada hospital puede tener diferentes consideraciones según su tamaño, ubicación y recursos disponibles. Los métodos de traslado deben adaptarse a las circunstancias específicas de cada institución y situación de emergencia.

4 Resultados

Por supuesto, aquí tienes las funciones del celador en el servicio de farmacia sin negritas:

1. Distribución de Medicamentos: Ayudar en la distribución de medicamentos y suministros médicos a las diferentes áreas del hospital siguiendo las indicaciones y protocolos establecidos por el farmacéutico.
2. Recepción de Suministros: Recibir y verificar los suministros médicos y medicamentos entregados por proveedores externos, asegurándose de que los envíos sean correctos y estén en buen estado.
3. Transporte Interno: Realizar el transporte interno de medicamentos y suministros entre la farmacia y otras áreas del hospital, como las unidades de atención médica y quirófanos.
4. Inventario: Colaborar en la gestión de inventario de medicamentos y suministros, ayudando a mantener un registro preciso de los niveles de existencias y reportando cualquier irregularidad o necesidad de reposición.
5. Control de Fechas de Vencimiento: Ayudar en la revisión y rotación de medicamentos para garantizar que aquellos con fechas de vencimiento próximas se utilicen primero y se retiren los vencidos.
6. Preparación de Pedidos: Asistir en la preparación de pedidos para pacientes ambulatorios y hospitalizados, asegurándose de que los medicamentos estén etiquetados correctamente y listos para su administración.
7. Colaboración con el Farmacéutico: Trabajar en estrecha colaboración con los farmacéuticos y el personal de farmacia para garantizar un flujo constante y seguro de medicamentos y suministros.

8. Mantenimiento del Espacio: Colaborar en el mantenimiento de un espacio limpio y ordenado en la farmacia, asegurando que los estantes estén organizados y que los productos estén almacenados adecuadamente.

9. Cumplimiento de Normativas de Seguridad: Cumplir con los procedimientos y normas de seguridad establecidos para el manejo de medicamentos y productos farmacéuticos, garantizando la integridad y la confidencialidad de la información.

10. Asistencia en Emergencias: En caso de emergencias o situaciones críticas, el celador puede ser llamado para proporcionar apoyo logístico y ayudar en la movilización de suministros médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en el servicio de farmacia es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y seguro de cualquier institución médica. A través de una variedad de funciones que abarcan desde la distribución de medicamentos hasta la colaboración estrecha con el personal de farmacia y la atención a normativas de seguridad, el celador desempeña un papel fundamental en la cadena de suministro de medicamentos y en la atención adecuada de los pacientes. Su labor contribuye al cuidado de la salud al garantizar que los medicamentos sean entregados correctamente, que los suministros estén en condiciones óptimas y que los procesos de preparación y distribución sean realizados de manera efectiva. En última instancia, el celador en el servicio de farmacia juega un papel esencial en el bienestar de los pacientes y en el funcionamiento general de la institución médica.

6 Bibliografía

Fayos Monzó, E. Análisis de la actuación del celador en el servicio de farmacia hospitalaria. aspectos generales descritos en la literatura científica actual. [Revista en Internet]. Ocronos (2021); 4(7): 50. Disponible en: <https://revistamedica.com/analisis-celador-farmacia-hospitalaria/>

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).

Capítulo 438

MANEJO DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA. BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CELADOR

VICENTE CHAPARRO MUÑOZ

PILAR PEINADO MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL ROMERO PÉREZ

CARMEN MARÍA RIVAS COUSILLAS

ARTURO CHAPARRO JIMENEZ

1 Introducción

El manejo adecuado de pacientes con prótesis de cadera es una parte esencial de la atención médica y de enfermería en entornos hospitalarios y de atención médica a largo plazo. Una prótesis de cadera es un dispositivo médico diseñado para reemplazar una articulación de cadera deteriorada o dañada, con el objetivo de mejorar la movilidad y aliviar el dolor en los pacientes. El papel del celador en este contexto es de gran importancia, ya que contribuye significativamente al buen funcionamiento y bienestar de los pacientes con prótesis de cadera.

El proceso de manejo del paciente con prótesis de cadera involucra diversas etapas, desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio. El celador desempeña un papel fundamental en varias de estas fases:

1. Preoperatorio: El celador puede colaborar en la preparación de la habitación del paciente, asegurando que esté limpia y cómoda antes de la cirugía. También puede ayudar en la movilización y transporte del paciente hacia el área quirúrgica.
2. Intraoperatorio: Durante la cirugía, el celador puede colaborar en la preparación del quirófano y el suministro de instrumentos y equipos necesarios para el procedimiento.
3. Postoperatorio inmediato: Después de la cirugía, el paciente es trasladado a la sala de recuperación. Aquí, el celador puede ser responsable de asegurarse de que el paciente esté cómodo y posicionado adecuadamente, lo que puede ser crucial para la prevención de complicaciones.
4. Movilización y cuidado: Una vez que el paciente regresa a su habitación, el celador puede ayudar al paciente a moverse y cambiar de posición con precaución. La movilización adecuada es esencial para evitar el daño de la prótesis y promover una recuperación efectiva.
5. Asistencia en la terapia física: Los pacientes con prótesis de cadera suelen requerir terapia física para recuperar su movilidad y fuerza. El celador puede colaborar en el traslado del paciente a las sesiones de terapia y brindar apoyo durante el proceso.
6. Prevención de infecciones y complicaciones: El celador puede contribuir a mantener un entorno limpio y ordenado en la habitación del paciente, lo que es crucial para prevenir infecciones y complicaciones postoperatorias.
7. Apoyo emocional: La presencia amable y empática del celador puede ayudar a calmar la ansiedad y el estrés que los pacientes pueden experimentar debido a la cirugía y la recuperación.

En resumen, el manejo exitoso de pacientes con prótesis de cadera requiere una colaboración integral entre diversos profesionales de la salud, incluidos los celadores. Su rol en la preparación, el cuidado y el apoyo a estos pacientes contribuye significativamente al buen funcionamiento y alivio del malestar de los pacientes, promoviendo una recuperación más rápida y exitosa.

2 Objetivos

Exponer el papel del celador en el manejo de pacientes con prótesis de cadera.

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 manejo adecuado de pacientes con prótesis de cadera es esencial para garantizar su recuperación y bienestar. Los celadores desempeñan un papel crucial en este proceso al brindar apoyo y asistencia a los pacientes. Aquí tienes algunos resultados que podrían indicar un buen funcionamiento del celador en el manejo de pacientes con prótesis de cadera:

1. Asistencia al paciente: El celador demuestra una actitud amable y empática hacia los pacientes con prótesis de cadera, ofreciendo orientación y apoyo durante su estadía en el hospital. Se asegura de que los pacientes se sientan cómodos y tranquilos antes y después de la cirugía.
2. Preparación y traslado: El celador se asegura de que el paciente esté correctamente preparado para la cirugía, siguiendo las instrucciones médicas y garantizando que estén listos para el traslado al quirófano. Utiliza técnicas adecuadas de manejo y traslado para evitar cualquier tensión innecesaria en la prótesis de cadera.
3. Seguridad: El celador toma precauciones para prevenir caídas y lesiones durante el proceso de traslado y movimiento del paciente. Utiliza equipos de apoyo, como camas especiales o sillas de ruedas, para garantizar la seguridad del paciente y de la prótesis.
4. Colaboración: Trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico para coordinar el proceso de atención al paciente. Comunica cualquier

inquietud o problema relacionado con el paciente y la prótesis, garantizando que se tomen las medidas necesarias.

5. Educación al paciente: Brinda información básica sobre el cuidado de la prótesis de cadera al paciente y a sus familiares. Explica las precauciones necesarias y las actividades que deben evitarse durante el período de recuperación.

6. Apoyo en la movilización: Ayuda al paciente a levantarse de la cama y a caminar después de la cirugía, siguiendo las pautas proporcionadas por el equipo médico. Utiliza técnicas de manejo adecuadas para minimizar el estrés en la prótesis y asegurarse de que el paciente recupere gradualmente su movilidad.

7. Comunicación efectiva: El celador se comunica de manera clara y respetuosa con el paciente, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. También informa al equipo médico sobre cualquier cambio en el estado del paciente o en la prótesis.

8. Mantenimiento del entorno: Colabora en mantener un entorno limpio y ordenado en la habitación del paciente, evitando obstáculos que puedan dificultar su movilidad o causar caídas.

9. Sensibilidad cultural y emocional: El celador muestra sensibilidad hacia las necesidades culturales y emocionales del paciente, adaptando su enfoque de manejo según sea necesario.

10. Seguimiento postoperatorio: Después de la cirugía, el celador sigue brindando apoyo en el proceso de recuperación, ayudando al paciente con las actividades diarias y asegurándose de que sigan las recomendaciones médicas para un buen funcionamiento de la prótesis de cadera.

En general, un buen funcionamiento del celador en el manejo de pacientes con prótesis de cadera implica atención, cuidado y colaboración para garantizar una recuperación exitosa y una experiencia hospitalaria positiva para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo del paciente con prótesis de cadera y el papel del celador en asegurar su buen funcionamiento desempeñan un papel vital en el proceso de atención médica y rehabilitación. A lo largo de las distintas fases, desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio, el enfoque en la

seguridad, comodidad y recuperación efectiva del paciente es fundamental.

El objetivo primordial de este trabajo es facilitar la recuperación del paciente de manera segura y eficiente después de la cirugía de prótesis de cadera. Esto se logra a través de una serie de medidas coordinadas y cuidadosamente ejecutadas:

- Prevención de complicaciones: El celador contribuye a la prevención de infecciones y otras complicaciones postoperatorias al mantener un ambiente limpio y ordenado en la habitación del paciente y al garantizar que se sigan las pautas de higiene adecuadas.
- Apoyo en la movilización: La movilización adecuada es esencial para prevenir daños en la prótesis y facilitar una recuperación exitosa. El celador desempeña un papel clave en ayudar al paciente a cambiar de posición, levantarse y moverse de manera segura.
- Coordinación con el equipo médico: La colaboración entre el celador, enfermeras, médicos y terapeutas físicos es esencial para brindar una atención integral al paciente. La comunicación efectiva y la coordinación aseguran que se sigan los protocolos de atención y rehabilitación de manera coherente.
- Apoyo emocional: El proceso de someterse a una cirugía y adaptarse a una prótesis puede ser emocionalmente desafiante. El celador ofrece apoyo emocional a través de su presencia atenta y empática, ayudando a calmar los temores y la ansiedad del paciente.
- Educación al paciente: El celador también tiene un papel educativo al proporcionar al paciente información básica sobre el cuidado de su prótesis, las precauciones a seguir y los ejercicios recomendados. Esto empodera al paciente para participar activamente en su propia recuperación.
- Optimización de la calidad de vida: En última instancia, el objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente. El celador contribuye a este objetivo al garantizar que el paciente reciba una atención de calidad, se sienta cómodo y esté bien atendido durante todo el proceso.

En resumen, el trabajo del celador en el manejo del paciente con prótesis de cadera es esencial para garantizar una atención integral y de calidad. Su papel no solo abarca aspectos físicos, como la movilización y el cuidado, sino también la creación de un entorno de apoyo emocional que promueva la recuperación exitosa del paciente. La dedicación del celador y su compromiso con el bienestar

del paciente son factores cruciales en el logro de una rehabilitación exitosa y una mejora en la calidad de vida de aquellos que han recibido una prótesis de cadera.

6 Bibliografía

1. "Rehabilitación Integral en el Paciente con Artroplastia Total de Cadera" por Juan Carlos Miangolarra-Page.
2. "Manual del Celador en Instituciones Sanitarias".

Capítulo 439

EL CELADOR Y SU FUNCION EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

ALEJANDRO VILLALBA ALFARO

VALENTÍN VILLANUEVA GARCÍA

ANA MARÍA VALLE DÍAZ

1 Introducción

La definición de celador que da la RAE es la siguiente: persona cuya responsabilidad es velar por el cumplimiento de las normas, mantener el orden o realizar otras funciones de apoyo en un establecimiento público.

Existen varios tipos de ellos dentro del gremio de celadores dependiendo de la ubicación, funciones y otras características clasificatorias. Los pacientes llegan a una planta del hospital desde una variedad de servicios que ofrece el hospital o desde la calle. Si es posible y si está en su historial médico, lo tomarán porque ayudará en futuros diagnósticos y tratamientos.

Un equipo de trabajo que incluye enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores y es dirigido y supervisado por un supervisor conforma cada planta de un hospital. Los médicos, que brindarán la atención y los cuidados necesarios las 24 horas del día, contarán con la confianza y seguimiento de todo el grupo.

Los pacientes que ingresan llegan a las plantas de hospitalización de diversas formas, incluso como resultado de emergencias hospitalarias, cuando deben someterse a un procedimiento o prueba, desde las consultas externas del hospital o desde la atención primaria.

Un componente esencial de la funcionalidad de la sala del hospital, las ayudas ordenadas en el cuidado de los pacientes y aseguran su bienestar hasta que se hayan recuperado por completo.

2 Objetivos

El principal objetivo de esta investigación es analizar de una manera pormenorizada cuáles son las funciones y objetivos iniciales de un celador cuando se encuentra desempeñando su labor en una planta hospitalaria.

3 Metodología

El sistema para la elaboración de esta investigación científica ha sido principalmente la búsqueda de información validada y contrastada a través de internet en páginas y artículos ya redactados y validados, así como la recopilación de testimonios basados en personal que presta sus servicios en las plantas hospitalarias.

4 Resultados

Desglosaremos las funciones clave que tiene un celador en la planta de un hospital:

- Transferirá pronta y diligentemente esos documentos a cualquier servicio que le encomienden sus superiores, ya sea de palabra o por escrito.
- Dependiendo de su comportamiento, su situación, su ubicación, la dificultad de manipulación y el peso de los objetos o locales a limpiar, realizarán aquellas labores de limpieza que se les encomienden, ocasional y excepcionalmente.
- Con la guía de la enfermera, transporte la botella de oxígeno al lado de la cama del paciente, ajuste el manómetro y luego colocar la botella allí.
- El traslado del cuerpo a la sala de autopsia será responsabilidad primordial del celador ante un paciente fallecido. En su artículo 14.2, el Estatuto del Personal No Sanitario recoge estas funciones. 19. junto con el artículo 14.2. 20. Previo a esto, asistirán a las enfermeras y auxiliares de enfermería en el envoltorio de

los cadáveres para su traslado y controlarán constantemente que el cuerpo esté siendo identificado correctamente.

- Vigilará el estado del edificio exterior así como de las dependencias interiores, informando de cualquier anomalía o daño a sus superiores.

- El celador de planta en particular siempre hará un esfuerzo por localizarlos para que puedan encargarse de cualquier tarea que sea de su competencia.

- Todo lo que sus superiores le encomienden que tenga un alcance y detalle similar.

- Cumplirá las instrucciones de la enfermera o del médico en cuanto a la distribución de la "farmacia pesada".

- Es responsable de manejar los materiales y equipos con cuidado para no dañarlos.

- El celador orientarán a los familiares o acompañantes del paciente para que dirijan sus dudas e inquietudes al personal médico, quienes son los encargados de informar y tomar decisiones, y nunca está permitido brindar información sobre la salud del paciente mientras esté hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar con la información detallada y analizada, podemos sacar una serie de conclusiones. Por ejemplo, podemos decir que cuando un paciente ingresa por primera vez a la planta de hospitalización, el celador, que lo acompañará y le mostrará su habitación, es su primer punto de contacto con el personal médico.

Todas las conclusiones nos llevan a la conclusión adicional de que, en el día a día, la asistencia del celador en la limpieza diaria del personal de enfermería es crucial, así como su asistencia en la movilización del paciente, según sea necesario.

Además, transportará al paciente a las pruebas diagnósticas que se requieran y será la última persona a la que vea el paciente antes de abandonar el recinto hospitalario.

6 Bibliografía

- Estatuto Marco del personal no sanitario de los celadores

- Artículo de la revista Ocrono.

Capítulo 440

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITALARIO

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

1 Introducción

En el año 1782 en Estrasburgo se tiene constancia de la creación del primer quirófano donde se realizaban operaciones específicas con el material necesario.

Aunque se tiene constancia que el antiguo Egipto hacia el año 3000 a.c. ya realizaban pequeñas o grandes operaciones quirúrgicas.

Se puede decir que tenían grandes conocimientos sobre la medicina si se comparaban con otras civilizaciones.

En el antiguo Egipto ya existía una diversidad de material quirúrgico como bisturís, cuchillos que estaban hechos a base de piedra, hierro, bronce... y gracias a ellos podemos decir que ya se realizaban operaciones de gran calibraje.

También tenemos constancia que la primera intervención que se realizó a lo largo de la historia la ejecutaron los egipcios, se trató de una circuncisión y fue ejecutada en el templo de Menfis.

Se sabe de esta operación gracias a los grabados que hay en ya nombrado templo. Más tarde fue en la antigua Grecia sobre el año 400 a.c. cuando construyeron los primeros templos dedicados al dios de la Medicina, en esos templos los griegos realizarían sus intervenciones quirúrgicas o incluso llegaban pacientes con la intención de sanarse sin necesidad de alguna intervención.

Pero ya volvemos al siglo 21 donde podemos decir que los quirófanos de hoy en día son toda una sala repleta de la última tecnología aplicada en la medicina.

Gracias a estos avances tanto en la medicina como en la tecnología médica hay intervenciones que son complicadas y salen adelante sin ningún problema.

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo con este breve capítulo es describir las distintas labores o tareas que el celador de esta área debe efectuar diariamente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos obtenido la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Medline, Auxiliar- enfermería.

Además de poder contrastar la información con el Hospital Provincial de Toledo. Las palabras más utilizadas en este capítulo han sido: Celador, Funciones, Quirófano.

4 Resultados

Las funciones que debe de realizar el celador a lo largo de su jornada laboral en el servicio de quirófano son:

Serán los encargados de trasladar a los pacientes de sus habitaciones de hospitalización hasta el quirófano que sea señalado por el cirujano o las enfermeras.

Colaborará con el cirujano en las órdenes que este le diga.

El celador deberá saber las diferentes posiciones en las que un paciente quirúrgico se debe de colocar en la camilla de operaciones, o saber interpretar los movimientos que el cirujano le pida.

El celador será el encargado de trasladar los documentos que sean de los pacientes, o el material que necesiten los cirujanos, además se encargarán de trasladar las muestras que los cirujanos obtengan de los pacientes hasta la sala de anatomía patológica o a los distintos laboratorios hospitalarios.

Serán los encargados de vigilar y organizar las salas de espera, donde se localizarán a los acompañantes de los distintos pacientes que están siendo intervenidos en ese momento, además pondrán orden en caso de que haya mucho ruido o sea molesto.

Cooperarán de manera activa con los cirujanos o con el personal que participe en la operación, ya que en cualquier momento se le pueda pedir ayuda, ya sea para ajustar la camilla a la altura de los cirujanos, también les puede pedir que ajuste la luz a la zona que vayan a operar.

Será el encargado de colocar los almacenes para que se pueda localizar el material que vayan a necesitar de manera rápida, ya que así de esta forma no se pierde tiempo.

El celador después de una operación será el encargado de revisar los quirófanos y de tener controlado todo el material que pertenecía a ese quirófano y de que siga en su sitio, es decir, que no se haya extraviado, además de controlar que el quirófano quede en las mismas condiciones que cuando llega a su puesto de trabajo.

Se encargará de devolver al paciente a su habitación de hospitalización una vez que los cirujanos o el equipo quirúrgico le indique que pueda efectuar tal traslado del enfermo.

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

- CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>
- 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/>
- UNIÓN DE CRÉDITOS INMOBILIARIOS. (s/f). Uci.com. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://uci.com/>

Capítulo 441

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

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 ser un personal multidisciplinar, ya que es el principal servicio con una alta complejidad.

En este capítulo, explicaremos las diversas funciones y responsabilidades de un celador en el servicio de urgencias sanitarias.

El papel del celador es fundamental para garantizar un flujo eficiente y seguro de pacientes en situaciones de emergencia.

El celador desempeña un papel crucial en la coordinación y asistencia en el transporte de pacientes, así como en la movilización y apoyo logístico en el servicio de urgencias.

Su presencia es esencial para mantener un ambiente ordenado y seguro para los pacientes y el personal sanitario.

Además, el celador desempeña tareas administrativas, como el registro y reposición de suministros y materiales médicos, y colabora estrechamente con el personal de enfermería y médico para garantizar una atención oportuna y de alta calidad.

En este capítulo, ahondaremos en las habilidades necesarias para llevar a cabo estas funciones de manera eficiente.

También analizaremos la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración en equipo, aspectos fundamentales para brindar un servicio óptimo en el ámbito de las urgencias sanitarias.

Comenzaremos a explorar las funciones y responsabilidades del celador en el servicio de urgencias sanitarias y como contribuyen en la atención de los pacientes en situaciones de emergencia.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es mostrar a la gente la labor que deben de ejecutar los celadores en un servicio tan complejo como son las urgencias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos obtenido la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Boe, Medline.

Además de contrastar la información con el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.

Las palabras mas utilizadas son: Celador, Funciones, Pacientes.

4 Resultados

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, esta puerta de acceso debe estar bien señalizada y diferencia al resto de las zonas del hospital.

Está puerta ayuda a que los pacientes accedan mas 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 mas cercano.

Los enfermos pueden acceder al área de urgencias por diferentes maneras:

Los enfermos pueden ser 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.

También pueden asistir al servicio de urgencias 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, aquí le realizarán el registro y le darán una pulsera identificativa, en ella pondrá 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, ese 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, etc., 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, ese protocolo es : es la zona por la cual todos y cada uno de los pacientes, deben de

entrar a la zona de triaje, esta zona además sirve para ordenar, acoger y clasificar las patologías de los enfermos y darles la atención tan específica que necesitan los pacientes.

Vamos a comenzar 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 efectucción 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, etc. además de realizar los ingresos en las zonas de hospitalización.

Trasladarán la documentación a los distintos laboratorios, banco de sangre, farmacia, zona de admisión, etc. 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.

Las labores que debe de realizar los celadores en el centro de salud son:

Abrir y cerrar siempre el centro de salud, cerciorándose de que este esté vacío.
Avisarán a los médicos y a las enfermeras cuando llegue un paciente al centro sanitario.

Avisarán a los pacientes para que puedan entrar a las consultas de los médicos y de las enfermeras de la zona de urgencias.

Estarán pendientes del teléfono y apuntará los avisos para la atención médica domiciliaria, avisando de inmediato al personal sanitario correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del celador en el servicio de urgencias son de vital importancia para garantizar un flujo adecuado de atención y cuidado a los pacientes.

El celador es la primera persona que acoge a los enfermos, y su capacidad y disposición es elemental para los enfermos que asisten al área de urgencias. en el área de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que efectuarán diversas labores y da apoyo 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 mas correcta posible.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.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/>

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/>

Capítulo 442

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

ALICIA GARRIDO RODRÍGUEZ

DIEGO ARMANDO LAGUNO MARTÍN

RAQUEL GARRIDO RODRÍGUEZ

CARMEN MARÍA ABEJARO MONTES

YOANA DÍAZ ROMERO

1 Introducción

Hemodinámica es uno de los servicios más esenciales que un centro hospitalario tiene que tener, ya que es un área bastante importante, se podría decir que es un área o servicio semilimitada.

Hemodinámica es una de las partes de la biofísica, es la que se encarga de analizar la dinámica de la sangre en el interior del torrente sanguíneo como por ejemplo: las arterias, venas, vénulas... además también estudia los distintos capilares, y aparte se encarga también del análisis y estudio del corazón, es decir estudia la forma en la que el corazón bombea la sangre, el funcionamiento de este...

Este servicio tiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada, excepto para el personal autorizado, es decir está para los trabajadores sanitarios.

Este servicio contiene una sala intermedia, en esta sala se encuentran los pacientes, aquí se realiza la espera hasta que son transportados hasta el quirófano, este área del servicio podemos encontrarnos también el vestuario del personal sanitario y a la vez se encuentra las bifurcaciones para las distintas salas de operaciones, como las salas de hemodinámica y las salas de arritmias.

En la sala de hemodinámica se realiza la colocación de los cateterismos.

Los cateterismos cardiacos son una técnica en el cual se introduce un tubo con las siguientes características es decir, estrecho y muy flexible, este tubo se introduce por un vaso sanguíneo, lo recorre y al final llega al corazón, esto nos sirve para tener una valoración o poder examinar determinadas afecciones cardiacas como las obstrucciones que puedan tener las arterias o los latidos anormales que pueda producir el corazón del enfermo.

Dada la alta tecnología que tenemos en el siglo 21, estos tubos finos y flexibles, insertar en nuestro cuerpo mediante las arterias que encontramos en ambas muñecas, si por aquí no se pudiera introducir el cateterismo, se optaría por introducirlo a través las ingles por sus arterias.

Los médicos valorarán las dos opciones, e introducirán el cateterismo por la opción que más le convenga al enfermo.

Siempre mirarán por el bien estar del enfermo, ya que aunque parece fácil la operación, el enfermo se puede desaturar fácilmente.

Gracias al avance de la tecnología, hoy por hoy y gracias al cateterismo cardiaco podemos conocer con más exactitud las condiciones en las que se encuentran nuestro cuerpo por dentro, es decir, podemos saber cómo se encuentran nuestros vasos sanguíneos y como está funcionando nuestro motor que es el corazón.

2 Objetivos

El principal objetivo que queremos conseguir, es hacer llegar las diferentes labores que un celador del servicio de hemodinámica realiza diariamente y poder mostrarlo, para aquellos celadores que vayan a empezar en este servicio.

3 Metodología

Las principales fuentes de las que hemos obtenido la información para completar el capítulo sobre el tema del servicio de hemodinámica son: Scielo, Medline y Boe. Además hemos conseguido contrastar la información obtenida con el Hospital Provincial del Valle.

Las palabras mas utilizadas son: Celador, Funciones, Urgencias.

4 Resultados

El servicio de hemodinámica está dividido principalmente en dos áreas, son las dos áreas más importantes del servicio.

La primera área es la sala intermedia, esta sala la forman, alguna cama de hospitalización vacía, algunos sillones y algún hueco vacío, las camas de hospitalización vacías, son en caso de que el paciente ambulatorio, por el resultado de la prueba se quede hospitalizado, entonces se le da una cama vacía, los sillones son para los pacientes ambulatorio, que no se prevé que se queden hospitalizados, entonces para que la espera se haga más amena se quedan esperando en estos sillones y por último los huecos que quedan vacíos, ahí se colocan a los pacientes que vienen de hospitalización con su cama personal, o en caso de que venga de la ambulancia, se queda en enfermo en la camilla en estos huecos.

Entonces llegamos a la conclusión, que por la sala intermedia pasan todos y cada uno de los pacientes, ya se encuentren hospitalizados o sean pacientes ambulatorios.

Esta zona es un muy importante que se encuentre en todo momento limpia, ya que con la limpieza evitamos las posibles infecciones que se puedan pegar de unos enfermos a otros.

En la segunda parte de este servicio, nos encontramos un pasillo y dentro de este pasillo las diferentes salas de hemodinámica, suelen ser de 2 a 4 salas, estas habitaciones tienen que estar muy bien aisladas de los demás pasillos que forman este servicio, a su vez entre ellas también se encuentran separadas, se pueden describir estas salas como quirófanos, pero en estas salas no se realizan intervenciones de alta complejidad, ya que aquí se realizan estudios sanguíneos, los estudios sobre el corazón, la realización de cateterismos y la colocación de marcapasos o su renovación, si hablamos de que se localiza un problema de salud en el corazón más complejo, este caso pasaría directamente a los quirófanos de cardiología.

El uniforme tiene que ser igual a los uniformes que utilicen en los quirófanos generales, normalmente suelen ser de color verde aceituna, pero el color depende mucho del centro hospitalario del grupo que trabaje en este.

Ahora vamos a hablar de las funciones que el celador debe de realizar en este servicio, también dependen del protocolo que sigan en el centro hospitalario, pero por norma general se suele seguir las siguientes:

Trasladarán a los enfermos que se localicen hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, estos enfermos tienen que bajar y la planta ya rasurados por la zona de la ingle y de la muñeca, los celadores deberán ir siempre acompañados con la historia clínica del paciente.

Moverá y colocará a los enfermos en la sala intermedia, para que las enfermeras le echen un vistazo a la medicación de los pacientes y cuando las enfermeras le digan, el celador podrá continuar con el paciente hasta la sala de operaciones. Participará de manera activa en la debida colocación de la camilla en las salas con el enfermo, siempre siguiendo las órdenes de las enfermeras. Cooperarán en los vendajes de compresión de los pacientes que lo necesiten. Los celadores tienen que estar siempre localizados para las posibles complicaciones que puedan surgir o simplemente para las necesidades que les puedan surgir a las enfermeras. Colocarán debidamente a los pacientes ambulatorios con la ayuda de la técnica en cuidados auxiliares de enfermería, los acomodarán en los sillones o en las camas, dependiendo del procedimiento y de si ingresan o no estos enfermos. Transportarán de nuevo a los pacientes con la operación ya realizada a su debido sitio de hospitalización y de nuevo, volverán con el historial clínico del paciente, pero esta vez actualizado con los resultados de las pruebas realizadas en el servicio de hemodinámica. Efectuarán el traslado de las peticiones, las pruebas, los aparatajes, etc. a los diferentes servicios que las enfermeras les digan. Dejarán de nuevo el aparataje en la sala que sea correspondiente o donde se necesitara, una vez ya concluida la operación se devolverá el aparataje de nuevo a su sitio y siempre comprobando que se quede enchufado a la corriente. Se harán responsables de bajar el material que se haya utilizado al servicio de esterilización, y de subir el material ya esterilizado a su servicio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el servicio de hemodinámica, es un servicio medio complejo para los distintos organismos sanitarios, ya que aquí se realizan operaciones que van destinadas a mejorar la calidad del riego sanguíneo. Por ello sirve también para localizar el problema principal, que pueden sufrir nuestras arterias, venas, vénulas, las arteriolas, los capilares o incluso del corazón de los pacientes que se localizan ingresados o ya sean ambulatorios. Es un servicio con una serie de cualidades únicas que lo hacen distinto al resto de servicios de los complejos sanitarios, ya que lleva consigo una serie de normas más estrictas y unos protocolos que hay que cumplir seriamente para poder realizar una intervención segura para el paciente, ya que este permanece de manera consciente, pero este capítulo se ha realizado para dejar claro que las funciones principales de los celadores de este servicio complejo, es el de transportar a los pa-

cientes de forma segura desde la sala intermedia hasta su lugar de hospitalización de forma segura y prestando ayuda si el enfermo lo necesita en el trayecto de vuelta.

El celador de este servicio tiene que estar dispuesto a colaborar de manera activa con el equipo que forma este servicio tan característico, ya que estar en un buen ambiente laboral cooperará a que los enfermos puedan sentirse más seguros y calmados, porque al ver un buen equipo, sabrán que se encuentran en buenas manos.

6 Bibliografía

CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>
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/>
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/>

Capítulo 443

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD

VICENTA CERRO NEVADO

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

1 Introducción

El estatuto de celador establece que la organización territorial debe garantizar la continuidad de la atención en todos sus distintos niveles, promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario y velar por la eficacia y coordinación de todos los recursos, delimitando y actuando las comunidades autónomas como principales estructura del sistema de salud, donde se prestará Atención Primaria y Atención Especializada.

Las Zonas Básicas de Salud, donde trabajará el equipo de atención primaria, se dividirán en Áreas de Salud separadas. 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 las actividades de salud, a través del trabajo en equipo, encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva de los que viven en la Zona Básica de Salud.

Tan pronto como lleguen a las instalaciones, los pacientes y sus familias hablarán con el celador. La forma en que se hace un contacto puede afectar la forma en que otras personas lo interpretan, lo que lo convierte en un factor crucial. Es crucial que el personal que entre en contacto con los pacientes y los familiares, esté debidamente capacitado.

2 Objetivos

Describir las funciones que corresponden al celador en relación con los pacientes de atención primaria de los centros de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica del cuerpo actual de literatura científica como parte de la investigación para el desarrollo del presente trabajo. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos.

4 Resultados

Los centros de salud públicos y privados ofrecen programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. Debido a que los pacientes de atención primaria no están hospitalizados, las funciones del celador de atención primaria son similares 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, podemos enumerar las funciones que normalmente realiza un celador de atención primaria, como:

- Gestión de trámites, incluidos traslados de pacientes, traslados de mobiliario y distribución de historias clínicas.
- Se encargarán de que el centro se mantenga ordenado y en funcionamiento.
- Estará atento a todas las personas que ingresen al centro de salud, esforzándose por mantener el orden y mantener el silencio.
- Brindarán a los pacientes y sus familias el apoyo y la información que necesitan.
- Estos profesionales tienen que explicar con frecuencia a los pacientes dónde están, cuándo y dónde son sus citas y qué trámites son necesarios. Sin embargo, nunca ofrecen orientación sobre enfermedades o sus tratamientos. Aunque estas

son preguntas sencillas, el celador debe cooperar y estar dispuesto a ayudar en su resolución.

- Se encarga del traslado y reubicación de pacientes. Cuando los pacientes que no pueden moverse de forma independiente llegan al centro de atención primaria, el celador se encarga de trasladarlos a consultas u otros lugares cruciales.
- La reposición de materiales. Además, suplirá los materiales que falten en las consultas y zonas comunes del edificio. El celador también se encarga de gestionar los equipos auxiliares, incluidas las fotocopadoras.
- Distribución de documentación. El celador estará a cargo de trasladar los procesos necesarios dentro de la instalación, así como los registros médicos de los pacientes según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente ingresa a un centro de salud, el celador suele ser la primera persona con la que se encuentra. Esta persona es la encargada de informar al paciente en todo lo referente a consultas, médicos, solicitud de citas, ubicación de dependencias y cualquier otro detalle desconocido. La forma en que se trate al paciente durante esta interacción inicial tendrá un impacto significativo en cómo se sentirá con respecto al proceso de atención en su conjunto.

Ayudar a los profesionales médicos del equipo de salud que atienden a los pacientes es una de las tareas más gratificantes que un celador puede realizar porque su principal deber es hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Libro de oposición para celadores del SESCAM, editorial MAD.
2. Tema 3. Ley General de Sanidad, Áreas de Salud.

Capítulo 444

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

1 Introducción

La rehabilitación se define como «un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno».

El desarrollo de esta práctica clínica es la atención integral de los pacientes, abarcando una variedad de enfermedades del sistema nervioso, respiratorio, cardíaco, muscular, etc.

Es por ello que el campo de la rehabilitación se coordina con otras actividades médicas para enviar pacientes a este tratamiento, desde consultas de cuidados especiales y otra información especial, a fin de poder evaluar al paciente e incorporarlo al tratamiento médico.

Existen unidades de rehabilitación en los centros hospitalarios y, en menor medida, también en centros de salud. En los centros hospitalarios, estas unidades

de rehabilitación, pueden variar desde unas pocas habitaciones hasta un edificio con numerosos departamentos.

En función de la patología específica que sufra o tenga cada uno de los pacientes, estas unidades ofrecen los distintos servicios de rehabilitación que se consideran más adecuados para ellos.

Un equipo multidisciplinar de profesionales, que incluye médicos rehabilitadores, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores, conforman las unidades de rehabilitación hospitalaria de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo principal dar a conocer las funciones que desempeña un celador dentro del servicio de rehabilitación.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un estudio y un examen detallado consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo).

4 Resultados

Los celadores que trabajan en estas instalaciones de rehabilitación deben tener un conocimiento profundo de los diversos dispositivos, utensilios, materiales, etc., así como también cómo mover, colocar y sujetar a los pacientes de la mejor manera posible teniendo en cuenta sus diversas patologías.

Las principales responsabilidades del celador en estas instalaciones de rehabilitación son: a) Ayuda a los fisioterapeutas y otros miembros del equipo a mover, colocar y sujetar al paciente en el lugar del tratamiento. b) Cumplirán las tareas de limpieza que se les asignen, teniendo en cuenta la ubicación, la dificultad de uso del equipo y el peso y volumen de los objetos. c) Moverá los papeles a la mayor brevedad y cumplirá las órdenes verbales que se le den. d) Recogerá a los pacientes que lleguen a la unidad de rehabilitación utilizando cualquier medio

de transporte (ambulancias, taxis o medios propios del paciente), y una vez finalizada su rehabilitación, si es necesario, los acompañará y los devolverá a la entrada de la unidad. . e) Se trasladarán los distintos suministros, muebles, artilugios, herramientas, etc. que varíen de una zona a otra y se señalen. f) Velará y cuidará de los pacientes, recursos y equipos que se encuentren en su unidad para evitar cualquier deterioro o abuso. g) Notificar inmediatamente al Supervisor si descubre algún daño en el equipo, mobiliario u otros componentes de su unidad para que pueda ser registrado. h) Informar cualquier inconsistencia de limpieza que encuentre en su unidad para que se pueda solucionar de inmediato. i) Notificarse a sí mismo o a sus familiares sobre cualquier diagnóstico, curso de tratamiento o pronóstico relacionado con el proceso de rehabilitación del paciente. j) Desempeñarán las funciones adicionales que les asignen sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Para el equipo multidisciplinario que desarrolla su trabajo en estas unidades, en especial el que brinda a los fisioterapeutas en la movilización, colocación y apoyo adecuado de cada paciente en su lugar de tratamiento, el apoyo que brinda el celador en estas unidades es de suma importancia para buena organización y coordinación dentro de este servicio.

El celador debe ser una persona participativa, eficiente, ordenada, con empatía y compromiso con la buena atención de los pacientes para que el desempeño de sus funciones en los centros de salud y de los centros hospitalarios, así como estar en constante formación ante la movilización de estos pacientes.

6 Bibliografía

- <https://congresosicepa.com/celador-de-rehabilitacion/>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 445

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA Y PRESENCIAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

1 Introducción

La comunicación consiste en el intercambio de información entre un emisor y un receptor. El proceso comunicativo es esencial en nuestra sociedad, siendo importante no solo las personas que se comunican, sino también el tipo de lenguaje utilizado, el canal de comunicación usado y el contexto entre otras.

También existen interferencias que dificultan la recepción del mensaje, así como su emisión, algunas de las cuales serían físicas, como los ruidos o distorsiones ya sea en la atención telefónica o presencial, las interferencias semánticas, es decir, las diferencias en el habla o las psicológicas, como puede ser el estado de ánimo. Una correcta capacidad de comunicación del auxiliar administrativo puede generar que estas interferencias se vean mitigadas, como por ejemplo, con el buen uso del feedback, en concreto, la respuesta dada al mensaje transmitido, a través de la pregunta, o de la capacidad empática y de comprensión para la correcta gestión de los estados anímicos del paciente.

En la comunicación buscamos una manera de entender y ser entendidos, por lo tanto el auxiliar administrativo en los centros sanitarios debe ser capaz de comprender lo que necesita el paciente, y a su vez tener la habilidad de resolver de forma eficaz el problema planteado. Para ello es muy importante usar de manera correcta tanto la comunicación verbal, es decir de manera oral o escrita, como la comunicación no verbal, expresado con el lenguaje corporal, la proximidad y los signos no lingüísticos.

2 Objetivos

- Conocer como debe ser la correcta atención telefónica y presencial de un auxiliar administrativo en un centro sanitario.
- Explicar la importancia de la comunicación y las posibles interferencias comunicativas.

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 ejecutado realizando una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, mediante el uso de palabras clave “salud”, “atención telefónica”, “atención presencial”, “comunicación”.

4 Resultados

Cuando un paciente es atendido por el auxiliar administrativo en un centro de salud o consultorio, en el caso de la atención telefónica, es importante atender la llamada sin demora, atendiendo a la mayor cantidad de pacientes posibles, de igual forma en la atención presencial. Es primordial usar un tono calmado, correcto y educado, además de poseer una alta capacidad de escucha y comprensión, para ello se realizarán las preguntas oportunas para entender la necesidad del paciente. Es también fundamental la comunicación no verbal, en el caso de la atención telefónica, sin ser una atención física, se percibe en la transmisión verbal, ya que es una señal clara para el paciente de si el auxiliar administrativo está siendo comprensivo y atento, en cuanto a la atención presencial, está más clara su importancia.

Para que una atención telefónica o presencial sea de calidad será necesario:

- Contestar rápidamente al teléfono, saludando siempre e indicando el centro al que se está llamando. En el caso de la atención presencial bastará con un correcto saludo, además de preguntar al paciente en que le puede ayudar.
- En todo momento se necesita una correcta gestión de la paralingüística en ámbitos como el tono, el timbre, la velocidad de habla, el volumen, además de manifestar seguridad. Se indicará los procedimientos a seguir y documentación a aportar dependiendo del tipo de solicitud formulada por el paciente.
- Se debe resolver el problema del paciente en el menor tiempo posible, evitando que espere de manera innecesaria, en el caso de dejar a la espera al paciente, tanto telefónica como presencialmente para poder resolver su duda, se lo informará del motivo de la espera y se le pedirá disculpas por la misma.
- Es muy importante que el auxiliar administrativo tenga una buena formación no sólo a la hora de que la atención al paciente sea la correcta, sino también formación en su campo, para poder atender de una forma adecuada y clara, denotando seguridad en todas sus palabras.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir se puede confirmar la importancia de comunicación en cuanto al trato y resolución de problemas planteados por el paciente, puesto que es muy significativo usar todas las dotes formativas que posee el auxiliar administrativo para que el trabajo en equipo necesario en un centro sanitario sea correcto y eficiente, a fin de que el sistema sanitario funcione de una manera justa y dinámica con la intención de que los pacientes sean atendidos lo más rápido posible, dado que estamos hablando de la salud de las personas.

Igualmente es importante destacar la necesidad de realizar un estudio exhaustivo de cada centro sanitario, para adecuar el personal administrativo al volumen de pacientes atendidos, para así hacer un buen uso de los recursos humanos.

Asimismo, realzar la gran labor que realizan los pacientes a la hora de anular sus citas en el caso de no asistir, ya que facilita la actividad del auxiliar administrativo pudiendo agendar una cita a un paciente que necesite una atención más urgente.

6 Bibliografía

1. Atención telefónica en los centros de salud. [Internet]. [12 de diciembre de 2021]. Disponible es: <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-centros-salud/>.
2. La atención presencial en el ámbito sanitario. El papel del auxiliar administrativo en tiempo de Covid. [Internet]. [20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-presencial-auxiliar-administrativo-covid/>.
3. Buenas prácticas en la atención a usuarios de centros sanitarios: la atención presencial, la atención telefónica y el correo electrónico. [Internet]. [06 de julio de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/buenas-practicas-atencion-usuarios/>.
4. Comunicación. [Internet]. [08 de abril de 2021]. Disponible es: <https://economipedia.com/definiciones/comunicacion.html>.

Capítulo 446

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MANIPULACIÓN DE CAMILLAS Y LOS TIPOS DE CAMILLAS

FRANCISCO JOSE MORENO MONESCILLO

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARTA ISABEL MOSET MOLINA

YOLANDA CEBRIÁN GÓMEZ

VICENTA CERRO NEVADO

1 Introducción

Con respecto al uso de camillas en particular, el papel del celador en el ámbito hospitalario es de suma importancia. Las camillas son una pieza crucial del equipo médico para mover pacientes de manera efectiva y segura. Por lo tanto, es fundamental que el celador conozca su uso, así como las diversas modalidades disponibles.

Asegurar la seguridad del traslado es responsabilidad del celador. Para ello es necesario saber movilizar y sujetar correctamente al paciente, así como bloquear las ruedas de la camilla cuando esta se detiene. Para reducir el riesgo de que un paciente se caiga o se lastime, cada movimiento debe realizarse con cuidado.

Las camillas vienen en una variedad de diseños, incluidos modelos manuales, motorizados y especializados para diversos procedimientos, incluida la radiología.

Para asegurarse de que se utiliza el mejor en cada circunstancia, el celador debe estar familiarizado con las características y funcionalidad de cada uno.

Para garantizar el bienestar del paciente y evitar posibles desequilibrios o problemas con el mismo, es fundamental el conocimiento del celador sobre el correcto mantenimiento.

Este proceso también depende en gran medida de las interacciones del celador con el paciente.

Para reducir la ansiedad y mejorar la experiencia hospitalaria del paciente, deben inculcarles sentimientos de seguridad y empatía.

2 Objetivos

- Comprender las precauciones que debe tomar un celador en la utilización de camillas, incluyendo el conocimiento de los diferentes tipos de camillas y su correcto uso.
- Identificar las competencias y acciones específicas que debe llevar a cabo un celador al utilizar una camilla, considerando aspectos como la preparación, el traslado y la interacción con el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las responsabilidades del celador cuando utiliza camillas incluyen una serie de tareas cruciales que, cuando se realizan correctamente, garantizan la seguridad y el bienestar del paciente.

La camilla primero debe estar lista. Esto implica que debe asegurarse de que la camilla sea funcional y esté en buenas condiciones. Es esencial revisar los frenos, los rieles laterales y la estabilidad y funcionalidad de las ruedas.

En segundo lugar, el celador debe estar familiarizado y utilizar las técnicas de transferencia correctas. Se debe tener cuidado al trasladar al paciente de la cama a la camilla y viceversa para evitar daños. Aquí, se emplean técnicas seguras

de levantamiento y movimiento, teniendo siempre en cuenta la comodidad y la dignidad del paciente.

El celador también debe estar familiarizado con los distintos tipos de camillas y cómo usarlas. Las camillas más populares, llamadas camillas manuales, se emplean para traslados rutinarios al hospital. Por el contrario, las camillas motorizadas permiten el ajuste automático de altura e inclinación, lo que las hace perfectas para pacientes con movilidad reducida. Además, existen camillas diseñadas específicamente para determinados procedimientos, como las mesas de radiología que permiten realizar radiografías sin necesidad de mover al paciente. En sus interacciones con el paciente, los celadores son igualmente importantes. Además de hablar con calma y claridad, deben demostrar empatía y comprensión. Es fundamental tener en cuenta que, para muchos pacientes, ser transportado en camilla puede ser una experiencia molesta o incómoda. Por lo tanto, el celador debe tomar todas las medidas razonables para tranquilizar al paciente e infundirle una sensación de seguridad.

El celador también debe mantenerse al día con los desarrollos más recientes en seguridad del paciente, manejo de camillas y mantenimiento y limpieza de camillas. Esto implica participar en capacitación continua y mantenerse al día con las mejores prácticas de la industria.

En conclusión, el celador es crucial para el uso de camillas en el campo médico, lo que requiere un alto nivel de experiencia, conocimiento y consideración en cada etapa del procedimiento. Su trabajo es crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, el papel del celador en el uso de camillas es crucial. Un componente fundamental para llevar a cabo las responsabilidades del celador es tener las camillas listas, comprender los distintos tipos y cómo usarlas correctamente, y utilizar métodos de transferencia seguros. Las interacciones compasivas y tranquilizadoras con el paciente también facilitan una experiencia mejorada. El celador también debe conocer los procedimientos de mantenimiento más recientes y las técnicas relacionadas con las camillas. La capacidad del celador para desempeñar bien sus funciones y garantizar la seguridad y el confort de los pacientes en el ámbito hospitalario depende de la capacidad técnica y humana.

6 Bibliografía

1. http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/transporteSanitario/docs/Procedimientos_Traslado_Paciente.pdf.
2. Moreno, E. (2016). Papel del celador en el manejo de camillas. *Revista Internacional de Ciencias Médicas*, 20(1), 55-58.

Capítulo 447

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

1 Introducción

En la actualidad la farmacología ha evolucionado como ciencia, aportando nuevas maneras de ejercer la medicina, desarrollando nuevos tratamientos curativos para enfermedades hasta ahora incurables, como antivirales, antibióticos, antifúngicos, etc. También se han desarrollado tratamientos para poder manejar el dolor de pacientes en cuidados paliativos que aumentan la calidad de vida de los mismos, los denominados analgésicos como los antiinflamatorios, corticoides, opioides, etc. permitiendo también el desarrollo de la cirugía en todas sus especialidades.

Podemos afirmar que farmacia y medicina son dos ciencias íntimamente unidas que se complementan y la evolución de una no sería posible sin el desarrollo de la otra.

En el servicio de farmacia trabajan multitud de profesionales: facultativos, farmacéuticos, auxiliares de enfermería, enfermeras, celadores, auxiliares administrativos, que se encargan de gestionar el servicio de farmacia hospitalaria, dando cobertura tanto a los servicios asistenciales, como a los pacientes externos.

El buen funcionamiento de este servicio es vital para la actividad asistencial del hospital, debido a la gran variedad y cantidad de fármacos que se utilizan a diario en los hospitales.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia y su importancia para el correcto funcionamiento de la unidad.

2 Objetivos

- Describir el servicio de farmacia en las instituciones sanitarias.
- Enumerar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia.

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”, “farmacia”, “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

Entendemos por Servicio de Farmacia Hospitalaria una especialización farmacéutica que constituye un Servicio General Clínico integrado jerárquica y funcionalmente en la estructura del hospital, que tiene como funciones:

- Dotar a la población de sus necesidades farmacoterapéuticas
- Racionalizar el uso de los medicamentos.
- Abastecer a los diferentes servicios del hospital, así como las diferentes instituciones sanitarias de su área de influencia.

El servicio de farmacia se considera un servicio intermedio que se encarga de la selección, adquisición, preparación, control, dispensación etc. de los medicamentos, además de asesorar a los profesionales sanitarios sobre su uso seguro, apropiado y del coste-efectividad de los mismos. Todo ello en aras de conseguir el mayor beneficio para los pacientes que son atendidos en el hospital y su ámbito de influencia.

La finalidad del servicio de farmacia es contribuir a la mejora de la salud de la población, mejorando su calidad de vida de manera segura, eficiente y efectiva, en el marco de una asistencia integral y continua.

Seguidamente vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en el servicio de farmacia:

- Realizará periódicamente el pedido de farmacia a través del programa informático de la institución sanitaria. La unidad de suministros será la encargada de preparar estos pedidos para su posterior distribución.
- Recepción y seguimiento de los pedidos.
- Elaboración de cartas y escritos.
- Preparará los talonarios de recetas de los facultativos de Atención Primaria. Se solicitan a farmacia para su posterior envía a los centros de salud.
- También serán los encargados de gestionar los sellos del personal facultativo.
- Deben manejar perfectamente el correo electrónico y los programas de office: Excel, Acces y Word, pues manejan gran cantidad de datos y estadísticas.
- Tramitarán los pedidos de pañales realizados por las residencias dependientes del servicio de salud.

Como vemos la labor de auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria es imprescindible para funcionamiento eficaz y efectivo del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia es junto con los servicios asistenciales una de las piezas clave para el Servicio de Salud. De su funcionamiento adecuado depende la distribución de servicios sanitarios y medicamentos a todos los centros e instituciones, ofreciendo así una calidad adecuada del Sistema Sanitario a toda la población.

Los profesionales de la salud deben esforzarse en realizar una gestión adecuada de los medicamentos, pues de ella depende la optimización de los recursos y el gasto económico del servicio de salud.

En este sentido el auxiliar administrativo contribuye con su trabajo a estos objetivos, desarrollando en su ámbito de actuación las tareas correspondientes.

6 Bibliografía

1. https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf
2. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 448

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL: LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

PAULA GARCÍA MARTÍNEZ

LAURA GARCIA NAVARRO

GEORGINA FERNÁNDEZ MIRALBELL

MARIA JOSÉ CRUZ BARATO

MARIA CARMEN MAESTRE GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad terminal es un proceso incurable en el que la capacidad del paciente para responder al tratamiento prescrito es limitada. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del control adecuado de los síntomas y brindar apoyo psicológico y emocional tanto a los pacientes como a sus familias durante este difícil momento. Porque estamos hablando de la etapa final del desarrollo del paciente, la etapa que conduce a la muerte. Ocurre relativamente rápido, generalmente dentro de unos seis meses. Las principales causas son:

- Enfermedad neurológica degenerativa progresiva.
- Cáncer para el que no existe una cura radical.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad cardiopulmonar progresiva.
- enfermedad hepática crónica (cirrosis).
- Etapa muy avanzada de demencia.

La enfermedad terminal se caracteriza por el cumplimiento de los siguientes elementos:

- Esperanza de vida limitada.
- Enfermedad progresiva, progresiva, terminal.
- Presencia de múltiples síntomas multifactoriales.
- Falta de respuesta al tratamiento.

En esta etapa, cuando no hay posibilidad de cura o mejora, los médicos dan un paso atrás y dan prioridad a los proveedores de cuidados paliativos. Brinda calidad de vida, comodidad y apoyo emocional. Y que estos profesionales fomenten una buena comunicación entre pacientes y familiares y apoyen un trabajo en equipo eficaz y humano. En este sentido, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener una personalidad empática, íntima y cercana para conseguir que el paciente se mantenga lo más cómodo y libre de dolor posible en todo momento.

2 Objetivos

- Describe la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y su estrecha gestión profesional junto a la importancia de los cuidados paliativos en pacientes terminales.

3 Metodología

Para la elaboración de este estudio se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente y búsquedas de libros y artículos en las principales bases de datos (Pubmed, Medline, Sielo). Selección de artículos científicos de revistas revisadas por pares.

4 Resultados

En general, el período previo a la muerte se acompaña de síntomas tales como: dificultad para respirar, inquietud, sequedad de boca, empeoramiento de los síntomas, dificultad para tragar y la mayoría de las necesidades básicas adicción absoluta, empeoramiento del estado general, anorexia y confusión, por lo que es importante establecer un protocolo que nos ayude a superar este trance con más gracia y menos dolor. El próximo objetivo de los cuidados paliativos es lograr la salud en las siguientes dimensiones:

- Física: Tratar cuando aparecen síntomas como dolor, pérdida de apetito, incontinencia, deshidratación, fatiga, náuseas, problemas intestinales.
- Psicológicos: Delirio, ansiedad, inquietud, depresión, inquietud.
- Social: Relativo a las familias y profesionales de la salud.
- Espiritual: Busca infundirles paz, esperanza y fe, ya que, a pesar de todo lo que están pasando, los sentimientos de frustración, ira, ira y tristeza tienden a coexistir a medida que se acerca el final.

Equipos médicos y de enfermería apoyan a los pacientes y sus familias en esta etapa. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene como misión contribuir a la mejora de la calidad de vida de los enfermos terminales a través del cuidado y fomento de su autoestima y dignidad, y su función en su conjunto es:

- Detecta y previene la formación de úlceras por presión con una membrana que mantiene la higiene de piel y mucosas. Así que asegúrese de que sus sábanas estén limpias y sin arrugas, y cambie de posición con frecuencia.
- Brinda un ambiente confortable, mantiene las habitaciones y pasillos limpios y libres de ruidos.
- Controlar y registrar la temperatura y diuresis del paciente, y avisar al personal de enfermería si detecta alguna anomalía.
- Humedecerse la boca y la nariz con una gasa húmeda y humedecerse los labios con vaselina si están secos.
- Prestar atención a la dieta, adaptarla al paciente, y prestar especial atención a la hidratación adecuada para evitar el estreñimiento.
- Respetar la curiosidad del paciente sobre su enfermedad y hacer que la familia la comprenda.
- Mantener una actitud empática, evitar discusiones, usar voz suave y lenguaje apropiado, hablar con respeto, escuchar activamente y comprender que el paciente comprende lo que se le dice.
- Debe ser capaz de manejar el lenguaje verbal y no verbal y dominarlo de forma fiable.

- No tengas falsas ilusiones ni falsas esperanzas para tu familia.
- Acercarse a la familia y con el tiempo a la idea de que el final se acerca permite a la familia acompañar al paciente y estar presente en los momentos finales. Esto es muy importante para delinear el proceso de duelo.
- Controlar los síntomas del paciente para que no presente dolor, malestar, insomnio, inquietud, etc.
- Mostrar interés y escucharlo con atención hará que se sienta escuchado y más cooperativo.

5 Discusión-Conclusión

El proceso que conduce a la muerte en pacientes terminales es un proceso complejo que ocurre principalmente en hospitales, especialmente en residencias de ancianos, con síntomas persistentes como anorexia, somnolencia, confusión y dolor agudo. Además, tiene un impacto psicológico significativo en el paciente, tanto pacientes como familiares. En este escenario, donde la curación del paciente no puede ser considerada una meta, se instauran los cuidados paliativos, orientados a brindar comodidad y alivio al paciente, reduciendo así la carga de la familia. A pesar del cercano final de sus vidas, regresan a casa en paz y sin sufrimiento. La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es brindar la atención física necesaria, reducir el ruido ambiental alrededor del paciente, abordar sutilmente los problemas emocionales y mentales, permitir el acceso de la familia y abordar las preocupaciones y la angustia de la familia, algo esencial durante este momento difícil. Te hace consciente de que se acerca el momento de la despedida y te acompaña en los momentos de miedo.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/>
- <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8->

Capítulo 449

EL ELECTRICISTA Y LAS FUNCIONES GENERALES COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN LOS HOSPITALES

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

1 Introducción

El personal en los hospitales es un equipo humano muy diverso y fundamental que cumple una tarea particular. Este equipo lo componen médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

El sistema de salud invierte todos sus recursos y confianza en estas personas. Dependiendo de cómo se configure el personal, el equipo, los protocolos y las normas de mantenimiento en un hospital de renombre.

2 Objetivos

Describir el departamento de mantenimiento de los hospitales

Detallar las diversas funciones que desempeñan los electricistas que trabajan en hospitales.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica organizada de la literatura científica pertinente sobre los distintos parámetros buscados fue parte de los estudios realizados. Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos sobre el personal de mantenimiento del hospital y la base de datos y revisión bibliográfica, consulta de normas y protocolo médico.

4 Resultados

La creación de actividades para garantizar que algo se degrade al mismo o menos que su nivel de diseño o alcance su "vida útil" se puede definir como mantenimiento, según el tipo de mantenimiento que necesitará.

- Mantenimiento preventivo: Se realizan reparaciones periódicas para mantener los equipos e instalaciones en óptimas condiciones.
- Para realizar un mantenimiento predictivo, debe conocer los valores de unas variables que representan el sistema que desea mantener en funcionamiento.
- El mantenimiento post-mortem se realiza cuando una pieza de maquinaria falla o se daña durante su construcción. El mantenimiento correctivo es un trabajo no planificado que se puede completar rápidamente y aumenta el riesgo, mientras que el mantenimiento preventivo y predictivo se puede planificar y llevar a cabo utilizando programas de trabajo.

Todos los recursos físicos, técnicos y humanos utilizados en los servicios de mantenimiento están diseñados para garantizar el correcto funcionamiento continuo de cualquier equipo médico eléctrico, así como el diseño y la ingeniería de una instalación médica. El tamaño del centro médico aumentará con la cantidad de especialistas en mantenimiento, incluido el mantenimiento eléctrico, mecánico y de instalaciones.

Estos trabajadores están a cargo de garantizar que los equipos funcionen de manera eficaz y eficiente, localizar errores y corregirlos, y realizar procedimientos de mantenimiento de rutina. Realizan tareas como limpieza de máquinas e inspección, verificación, sustitución, instalación y montaje de repuestos, así como reparación, resolución de problemas y revisión de dichos repuestos.

Los empleados del hospital que se encargan del mantenimiento son:

1. Ingeniero en Tecnologías Industriales: responsable de la administración y mantenimiento directo y conservación de toda la maquinaria. Sus funciones también incluyen la supervisión y atención de los casos que se presenten de acuerdo con sus áreas de especialización, la publicación de un informe sobre todos los asuntos puramente técnicos, la elaboración de un presupuesto para las reparaciones e instalaciones requeridas y la gestión de seminarios para diversas profesiones enfocadas en el mantenimiento de edificios y conservación de equipos. Inspecciones y detalles sobre los servicios de mantenimiento del contrato ofrecidos por los subcontratistas. Todo contrato debe llevarse a cabo de conformidad con las condiciones establecidas en el mismo.

2. Electricista: El electricista está a cargo de todo el mantenimiento, mantenimiento y limpieza del gabinete eléctrico de baja tensión. Iluminación interior y exterior de edificios, mantenimiento y limpieza de baterías, ajustes y reparaciones de instalaciones eléctricas, averías eléctricas de emergencia y ascensores. El rebobinado de motores, relés y otras tareas eléctricas que se les han asignado en general, incluido el almacenamiento de equipos, son los resultados del trabajo de un taller.

5 Discusión-Conclusión

Cuando los pacientes visitan hospitales o centros de salud y descubren que todo funciona a la perfección, no son conscientes de la cantidad de trabajo que implica. Esta zona se trabaja a diario, pero por no ser visible no recibe el respeto que merece. Siempre surgen situaciones de emergencia, además de las tareas diarias programadas regularmente, que se resuelven de inmediato para mantener la atención médica.

Los servicios de mantenimiento de hospitales se subestiman con frecuencia porque no forman parte de la atención médica, pero los electricistas son esenciales para el mantenimiento y el funcionamiento eficiente de los hospitales.

6 Bibliografía

1. Paredes Palomo L. Riesgos en personal sanitario III: Trabajos de mantenimiento [Internet]. Quirón Prevención. Available from: <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/riesgospersonalsanitario-iii-trabajos-mantenimiento>.
2. www.scielo.org

Capítulo 450

EL ELECTRICISTA Y EL CAMBIO DE BOMBILLAS Y LUCES LED EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. TIPOS DE LEDS

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

1 Introducción

Independientemente de si se utiliza en un hospital, hogar o consultorio médico, la iluminación artificial en el campo médico debe cumplir con un conjunto de estándares. Una iluminación amplia no solo ayuda a la salud y el bienestar de los pacientes, sino que también ayuda al personal médico a operar de manera eficiente.

Debido en parte a una prohibición que la Unión Europea comenzó a aplicar en 2018, la iluminación LED reemplazó a las bombillas halógenas en hospitales, oficinas y alumbrado público.

La tecnología LED, por otro lado, es más adaptable debido a su capacidad de cambiar de color e intensidad y es más eficiente energéticamente, produce menos calor, es rápida, dura más y es más duradera.

Cuando se funde la bombilla de una lámpara halógena de hospital, sustituirla por una LED es muy sencillo.

Los pacientes deben sentirse cómodos y el personal del hospital debe tener acceso a un esquema de iluminación eficiente que les brinde una vista sin deslumbramiento de sus pacientes y equipos técnicos. Puede ser necesario el uso de luminarias de techo LED en estos espacios que tienen una alta reproducción cromática y color de la luz del día.

2 Objetivos

Conocer qué tipos de bombillas y casquetes hay en un hospital y cómo es el cambio a luces led por el electricista de un hospital.

3 Metodología

Para brindar este detalle se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se buscaron libros, videos y artículos en las principales bases de datos Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, en este caso seleccionados de publicaciones científicas revisadas sobre temas relacionados con bombillas y luces led.

4 Resultados

Hay 3 tipos de luces leds que se pueden cambiar en un hospital:

1-Color cálido: Las bombillas LED emiten un color amarillo similar al de las bombillas incandescentes convencionales entre los 1500 y los 3000 K.

2- Color neutro: Entre 3000 K y 5500 K, se obtiene una iluminación de blanco neutro que es muy similar a la de las bombillas de bajo consumo.

3-Color frío: por encima de 5500K: estas bombillas LED producen una iluminación de color blanco natural que es más parecida a la luz del día.

Cada área del hospital tiene un tipo diferente de bombilla o luz LED, por ejemplo:

1 - Entrada El área de entrada sirve principalmente como un área funcional. Para que los pacientes se sientan cómodos desde el momento en que llegan, la iluminación debe ser adecuada y acogedora. El área de entrada generalmente consta de

varios espacios, incluida la entrada misma, la recepción y, con frecuencia, áreas de espera adicionales.

Dado que los pasillos y las áreas de entrada a menudo carecen de ventanas, una iluminación eficaz puede ayudar a separar las distintas zonas para facilitar la navegación por el espacio.

2. Consultas y salas de tratamientos/curas: En estos espacios se realizan diversas tareas, que con frecuencia también se utilizan como oficinas. Como resultado, la iluminación debe ser flexible y polivalente para adaptarse a las diversas necesidades.

3-Habitaciones de pacientes: La disposición e iluminación de las habitaciones debe tener en cuenta en primer lugar el estado mental del paciente. Como resultado, además de una iluminación adecuada, el color de las habitaciones y la forma en que la fuente de luz reproduce los colores son cruciales. En este caso, se recomiendan lámparas de techo con temperatura de color blanco cálido y bombillas LED regulables.

4-Quirófanos: Es necesario dividir la sala en varias zonas para lograr la mejor iluminación. La mesa de operaciones es el lugar de la habitación con más luz. Para evitar problemas con la adaptación de los ojos, el resto de la habitación debe estar bien iluminada y sin deslumbramiento además de esa área.

5 Discusión-Conclusión

En hospitales, oficinas y alumbrado público, la iluminación LED ha reemplazado a las bombillas halógenas, y el electricista del hospital generalmente solo reemplaza las luces LED, en parte debido a una prohibición que la Unión Europea comenzó a aplicar en 2018.

Finalmente, el electricista como personal de mantenimiento, que también se desempeña como personal de mantenimiento, debe conocer las cuatro áreas del hospital donde la iluminación es diferente (quirófanos, salas de tratamiento y curas, habitaciones de pacientes y entradas). Para poder cambiar estas luces en los momentos adecuados, siempre debe tener a mano bombillas o leds de reemplazo actuales.

6 Bibliografía

1.<https://www.lamparadirecta.es/blog/iluminacion-para-hospitales-y-centros-de-salud>

Capítulo 451

LAS INSTALACIONES DE CABLEADO ESTRUCTURADO (VOZ Y DATOS)

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

ALFONSO MOLINES MARTINEZ

RAFAEL JOSE DIAZ LOPEZ

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

1 Introducción

En el último siglo, se ha producido un avance significativo en la tecnología, especialmente en las telecomunicaciones.

Cuando se construye un edificio hospitalario, hay que recordar incluir este servicio esencial, la red de telefonía e internet.

Este servicio funciona sobre la base de dos ideas fundamentales.

El primero es la conversión de señales de voz en señales eléctricas, que luego se convierten en sonido audible.

Este principio se aplica a los teléfonos fijos, en los que las señales eléctricas se transmiten a tierra a través de un cable telefónico.

Para otros servicios de comunicación inalámbrica, este principio se modifica de algunas maneras, pero aún se aplica esencialmente a la comunicación bidireccional.

Este servicio telefónico generalmente usa 48 voltios D de energía eléctrica continua.

Dos conductores de cobre llamados A y B, también conocidos como par cableado, forman el cable telefónico en su forma más simple.

Este servicio telefónico también se puede utilizar para otras funciones como la transmisión de datos por Internet y el fax, que ya está fuera de uso.

La red interna de un edificio hospitalario debe apegarse a las especificaciones establecidas por el proveedor de este servicio y el personal electricista debe conocer toda la instalación del hospital.

2 Objetivos

-Conocer en qué consisten las instalaciones de red telefónica.

3 Metodología

Para brindar este detalle se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se buscaron libros, videos y artículos en las principales bases de datos Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, en este caso seleccionados de publicaciones científicas revisadas sobre temas cableado y el electricista.

4 Resultados

Los siguientes componentes componen la red interna de un edificio:

- la caja de entrega principal.
- Cajas finales para distribución.
- Bloqueos en las conexiones.
- Cableado multipar.
- Un sistema de dos hilos.

La red telefónica interna del edificio se conecta a la red urbana del proveedor del servicio a través de la caja de distribución principal.

En este armario o caja se alojan las redes telefónicas de todo el edificio, de donde salen cables multipar que se conectan a todas y cada una de las cajas finales de distribución.

Esta caja debe colocarse en un lugar apropiado que esté protegido de la humedad y tenga las características de seguridad necesarias para mantener alejadas a personas no autorizadas.

El tamaño de la caja está determinado por la cantidad de pares de teléfonos que necesita el edificio del hospital que la utilizará.

La caja de distribución principal está conectada al sistema telefónico del edificio. Este se asemeja a un cable multipar con la capacidad de conectarla a la red interna del edificio con la red urbana.

Las conexiones de cable se realizan en esta caja una vez finalizada la red interna del edificio y contratado el servicio de conexión telefónica para poder dar servicio telefónico a cualquier zona del edificio.

Las cajas de distribución final se ubicarán en los distintos pisos y servicios del hospital; por lo general, se colocan en áreas de fácil acceso para el personal eléctrico.

Estas cajas de distribución final disponen de un tarjetero en cuyo interior se guarda un cuadro de distribución por parejas.

5 Discusión-Conclusión

Lo primero que se requiere para el diseño de la red telefónica son los planos arquitectónicos del edificio, estos planos deben ser específicos para teléfonos y requieren un plano para cada piso del hospital.

Para su diseño, la información de las necesidades, tener en cuenta la ubicación, y establecer qué tipo de comunicación necesita cada área del hospital.

Se requiere una comunicación interna entre las distintas áreas de los hospitales, por lo que es necesario contar con estos planos arquitectónicos.

Por último, los cables de múltiples pares de la caja de distribución principal alimentan todas las cajas de distribución final.

6 Bibliografía

1. Expósito DB. Requisitos en la infraestructura de red para servicios de comunicación entre paciente y centro sanitario [Internet]. Upm.es. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://oa.upm.es/22178/1/PFC_DAVID_BA%C3%91OS_EXPOSITO.pdf
2. RedIRIS - Criterios de diseño de las infraestructuras de transmisión y comunicaciones de un hospital parte. 2007 [citado el 3 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.rediris.es/difusion/publicaciones/boletin/53/enf>

Capítulo 452

FUNCIONES QUE REALIZA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE TRASLADOS DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

1 Introducción

El sistema sanitario español se caracteriza por tener un servicio de salud por cada comunidad autónoma, exceptuando las ciudades independientes de Ceuta y Melilla que son gestionadas por el INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Las competencias en sanidad están cedidas a las Comunidades Autónomas, por lo que el Estado establece una cartera de servicios comunes que deben prestarse en todo el territorio nacional, que podrán ser ampliadas por las diferentes comunidades autónomas.

El Sistema Nacional de Salud se caracteriza por una gran descentralización de la gestión, organizándose en tres niveles;

- Administración General de Estado: Ministerio de Sanidad.
- Comunidades Autónomas; Servicios de Salud (Sescam, Sacyl, Sergas, Sas etc.).
- Áreas de Salud.

Con la transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, éstas procedieron a la creación de sus respectivos servicios de salud, que se dotaron de personalidad jurídica propia y constituyeron los denominados organismos autónomos.

Por lo anteriormente descrito puede haber diferencias entre los servicios sanitarios prestados por las diferentes comunidades autónomas. Entre ellas existe el principio de colaboración, por lo que un paciente puede ser derivado a otra comunidad autónoma para la prestación de un servicio sanitario que no es ofrecido por su servicio de salud.

También puede darse el supuesto de derivar a un paciente a otro hospital dentro de la misma comunidad autónoma.

En este capítulo vamos a enumerar las funciones y trabajos que lleva a cabo el auxiliar administrativo en la unidad de traslados en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de la unidad de traslados en el ámbito hospitalario.
- Listar las funciones del auxiliar administrativo en la unidad de traslados.

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”, “órdenes de asistencia”, “unidad de traslados”, 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 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Entre los derechos del usuario recoge la posibilidad de derivar a los pacientes a otros ámbitos geográficos cuando su servicio de salud no pueda ofrecer alguna técnica, tecnología o procedimiento que esté contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Así mismo establece los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

Desde el hospital de referencia del paciente se hará una propuesta de canalización dirigida a la Dirección de Área de Salud correspondiente. Una vez autorizado el traslado por el Servicio de Salud receptor, se entregará al paciente la documentación correspondiente.

Estas derivaciones son gestionadas por la unidad de traslados de cada hospital, y en ella trabajan los auxiliares administrativos.

Los auxiliares administrativos que deberán estar en contacto con los facultativos de su hospital, para recabar los informes necesarios para la derivación del paciente. Igualmente estarán en contacto con el centro de destino del paciente para tramitar toda la documentación pertinente.

Entre las funciones que realiza el auxiliar administrativo de la unidad de traslados se encuentra las siguientes:

- Una vez recibida la petición de derivación a otro centro dentro de la misma comunidad autónoma por el facultativo, será el encargado de reunir toda la documentación necesaria y completar la orden de asistencia (GOA) a través del programa informático. Llevará el seguimiento de todo el proceso y solicitará la documentación al facultativo responsable del paciente.
- Llevará la gestión de todo el procedimiento par la derivación de pacientes a centros, servicios o unidades de referencia (CSUR) ubicados en otra Comunidad Autónoma, que se realizará a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO)
- También prestará el asesoramiento e información que sea demandada por los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la unidad de traslados realiza un trabajo de gestión de gran importancia, que requiere un conocimiento profundo de todos los protocolos de

trabajo y aplicaciones informáticas.

El auxiliar administrativo de la unidad de traslados estará en continua comunicación con el personal médico, pues necesitará informes clínicos, formularios, autorizaciones etc.

También estará en contacto directo con el paciente para la solicitud de informes médicos del hospital de destino a la hora de renovar órdenes de asistencia.

La labor del auxiliar administrativo en esta unidad requiere cocimiento especializados y capacidades comunicativas, que estará en continuo contacto con pacientes y facultativos, siendo nexo de unión entre ambos.

6 Bibliografía

1. <https://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>
2. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/DerivacionERN.pdf>

Capítulo 453

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LAS TÉCNICAS DE SOLDADURAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

1 Introducción

El término "soldadura" se utiliza con frecuencia para referirse a uniones realizadas por fusión o adhesión. Las piezas se unen fijamente con él.

Una de las operaciones más comunes utilizadas por el personal de fontanería en los centros hospitalarios, es esta. Los siguientes son los dos tipos diferentes de uniones:

- Unión por fusión: Calentar los bordes o superficies de dos cuerpos hace que se derritan, y luego los dos cuerpos se unen cuando se solidifican.
- Unión por adhesión: Se evita que los metales a unir se fundan utilizando una varilla o material de relleno que se funde a una temperatura más baja. Para que

el metal de aporte se adhiera a ellos, deben calentarse a una temperatura lo suficientemente alta.

2 Objetivos

En este trabajo conoceremos los diferentes tipos de soldadura que se utilizan y el papel por parte del personal de fontanería en ellas.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de buscadores de Google scholar y palabras clave.

4 Resultados

Los diferentes tipos de soldadura, según el procedimiento y el material a unir, son los siguientes:

- Soldadura con oxiacetileno. Es el producto creado a partir de una llama de oxiacetileno, que puede alcanzar temperaturas extremadamente altas.
- Soldadura por arco con electricidad. Se logra utilizando una varilla de metal conocida como "electrodo" y un equipo de soldadura por arco eléctrico.
- Soldadura a baja temperatura. Los dispositivos más habituales son las lámparas y las antorchas de butano y propano.

Dependiendo de los materiales a unir, las técnicas de soldadura adecuadas que debe manejar el personal de fontanería, son las siguientes:

- Tubos de plomo:

1. La boca de un tubo está ensanchada, mientras que la boca del otro está achaflanada o achaflanada para preparar mejor los bordes del tubo para el acoplamiento.
2. Se coloca un tubo dentro del otro.
3. Soldadura. Para este procedimiento, primero se calienta ligeramente el área a soldar y luego se frota con una grasa de soldadura llamada estearina, que tiene propiedades solventes y lubricantes que facilitan la adherencia del metal de aporte.

Luego, la barra de metal de aporte hecha de una aleación de estaño y plomo se coloca en el punto de soldadura y se calienta con una lámpara o soplete hasta que se funda y se adhiera a las juntas de los tubos.

- Tubos de Cobre:

La unión del tubo de cobre se suelda mediante una técnica conocida como "soldadura capilar". La propiedad física de los materiales, por la que los líquidos ascienden entre sus paredes, sirve de base para este sistema.

Esta propiedad establece que si vamos a soldar un tubo y un manguito, el primero se introduce en el segundo, dejando un pequeño espacio entre ambos. Cuando se calienta, el metal de aporte o de "soldadura" sube a través del espacio libre mencionado anteriormente. Debido al fenómeno de capilaridad mencionado anteriormente, el metal de aporte asciende con mayor facilidad cuanto menor es éste. Del mismo modo, es fundamental que ambos estén calibrados con precisión.

Los tubos pueden estar en cualquier posición horizontal, vertical, etc., para realizar este tipo de soldadura.

Los pasos en el proceso de soldadura capilar son los siguientes:

1. Barrer y pulir. Con lana de aluminio limpie el extremo del tubo.
2. Desoxidación. Consiste en limpiar la fina capa de óxido existente y aplicar un fundente o fundente a los componentes que se van a soldar.
3. La unión de las piezas requiere acoplamiento, lo que implica girar el accesorio después de insertar el tubo.
4. Calefacción. Al mover la llama alrededor de la junta, mientras se usa la lámpara de gas para calentar las piezas, el desoxidante se calienta uniformemente hasta que se convierte en un líquido transparente.
5. Aplicación de material de entrada. Cuando la soldadura o varilla se aplica entre el tubo y el accesorio, se funde y penetra llenando el hueco, como consecuencia del calentamiento previo, que provoca la evaporación del desoxidante. Cuando un anillo de soldadura rodea el accesorio después de que la llama se haya extinguido, la soldadura está completa.

La soldadura blanda que se utilizará está hecha de una aleación de plomo y estaño que contiene 50% de estaño. También existen otras soldaduras blandas que utilizan una aleación de estaño con plata o antimonio.

6. Limpieza de las soldaduras. Consiste en frotar con un paño después de remojar las piezas en agua caliente mezclada con sosa cáustica al 10% para eliminar los restos de desoxidante.

El personal de fontanería ha de poseer todos estos conocimientos, pues su papel es esencial en el ámbito hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Dependiendo del resultado deseado, existen numerosas técnicas de soldadura disponibles. La gran mayoría de estos funden los materiales y "simplemente" los unen mediante el uso de calor intenso. Pero también hay otras opciones, como la soldadura de materiales en estado sólido.

De manera sencilla, la soldadura es la unión fuerte de varias piezas de metal. Calentar los metales y fundir ambas piezas juntas da como resultado esta unión. Con la soldadura se pueden realizar diferentes tipos de trabajos (en casa, en la oficina, etc.) con diversas sustancias. Se pueden clasificar diferentes técnicas de soldadura según el tipo de material, la máquina de soldar y el tipo de trabajo a realizar, por eso el personal de fontanería debe tener la formación específica para el manejo de los diferentes tipos de soldaduras.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- FONTANERO/03-AYUDANTE-FONTANERO-TEMARIO.pdf

Capítulo 454

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL FONTANERO Y LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE FLUXORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LUIS MIGUEL ANDÚJAR OLMEDO

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

PEDRO PABLO LOPEZ HERREROS

MIGUEL VELASCO TORRES

ANTONIO JOSÉ LÓPEZ ATIENZAR

1 Introducción

Los fluxores, también conocidos como válvulas de descarga, son grifos de cierre automático utilizados en urinarios, inodoros y vertederos que pueden entregar un gran flujo de agua en un corto período de tiempo y se pueden ajustar mediante un tornillo de regulación. Sus beneficios incluyen el ahorro de espacio, solo hacer ruido al descargar y no al llenar, volver a estar listo rápidamente y tener un efecto de limpieza efectivo gracias al potente chorro de limpieza. Sin embargo, requieren una cantidad importante de caudal instantáneo, lo que requiere la instalación de un tubo de mayor calibre que para una cisterna, una buena presión y la instalación de una red de suministro de fluxor separada.

El fluxor, también llamado fluxómetro demanda un elevado caudal instantáneo (de 1,25 a 2 l/s.), muy superior al de los restantes aparatos domésticos, exigiendo, además, una presión residual de agua a la entrada del aparato no inferior a 7 m.c.d.a.

Se requiere un cálculo previo para el estudio específico, que siempre se requiere cuando se utilizan fluxores, para comparar los caudales probables demandados por los flujos y los correspondientes a todos los demás servicios utilizando el coeficiente de simultaneidad predecible. Si estos últimos son mayores o iguales que los primeros, no se requieren medidas especiales; una instalación estándar que se haya calculado con precisión servirá.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos fluxores.
- Describir las ventajas y desventajas de su instalación en los centros hospitalarios por parte del personal de fontanería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 fluxor generalmente se instala en hogares, hospitales u otras superficies grandes. Dado que su peculiar diseño permite controlar el caudal y la duración de la descarga, son los preferidos en instalaciones donde el consumo de agua es frecuente y abundante.

Nos encontramos diferentes tipos de fluxores:

- Fluxor temporizado: Hecho para áreas públicas con mucho tráfico, los fluxores temporizados funcionan con los mismos principios que los grifos temporizados. El grifo de cierre automático mecánico o electrónico que se instala en una derivación de la red interna de agua se utiliza para activar los sistemas de descarga presurizada. La limpieza se realiza de forma mucho más eficaz porque

la presión de descarga proviene directamente de la red. Al no haber depósito de agua adosado al inodoro, se gana espacio y la alta presión de la red evita la obstrucción de conductos.

Hay fluxómetros de doble pulsador para 3 y 6 litros, pero necesitan duplicar la instalación de agua.

- **Fluxor electrónico:** Un sistema electrónico de detectores de presencia activa el fluxor electrónico, que se basa en el mismo sistema que los fluxores temporizados. El sistema de interrupción de la descarga suele estar temporizado. Este tipo de inodoro normalmente tiene una descarga máxima de agua de 6 litros.

Veremos cuáles son las ventajas y desventajas de la instalación de fluxores:

Ventajas.

- Un diseño más atractivo que las típicas cisternas.
- Al instalar el inodoro más cerca de la pared, se puede ganar espacio útil.
- Reduce los molestos ruidos que se producen cuando se llenan las cisternas.
- Previene el goteo y la condensación en el piso durante el clima húmedo.
- Están listos para volver a usarse poco tiempo después de su uso.

Desventajas.

El mayor consumo y algunos problemas de suministro suelen ser causados por:

- **Diseño de instalación inadecuado:** para evitar pérdidas de presión en los conductos, el diseño de una red de fluxores requiere diámetros de tubería, grifo y medidor mucho más grandes que para instalaciones sin fluxor. Los consumos o presiones inestables se producen por la frecuente ampliación, modificación o creación de conexiones para otro tipo de inodoros.
- **Variación de la presión de suministro:** Cuando aumenta la presión de suministro, los tiempos de actuación y los caudales suministrados son demasiado elevados, superando incluso los 9 litros.
- **Falta de mantenimiento:** Realizando un desmontaje rápido, limpiando y engrasando el equipo con productos especiales, y despejando las posibles obstrucciones de las tomas, es posible asegurar que el equipo está en buenas condiciones, ahorrando más del 30% y evitando el eje o el pistón se atasquen.

5 Discusión-Conclusión

Se requiere una presión mínima de 0 coma 5 Kg/cm² para que un fluxor funcione. Tanto los inodoros con sifón típico de caída natural como los inodoros con sistema de aspiración o sifón pueden acoger su instalación. Requieren una cantidad significativa de flujo que se produce instantáneamente en el punto de toma, lo que requiere la instalación de un tubo con un calibre mayor que el que se usa

para una cisterna. La conexión debe tener 0,5 Kg/cm² más de lo recomendado por el fabricante del fluxor, ya que se requiere una buena presión. Los fluxores requieren su propia red de suministro de energía separada, que debe instalarse además del resto del suministro de energía del dispositivo.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>
- Pubmed

Capítulo 455

COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

AMPARO VELA SANCHEZ-MANZANERO

ROSA MARIA MUÑOZ MAQUEDA

GONZALO TEJERA DE EUSEBIO

ESTEFANIA FLORES ALCOLEA

MARIA ANGELES PALACIOS AVILES

1 Introducción

En la actualidad vivimos en una sociedad en continuo cambio y transformación. Un factor importante de estos cambios lo constituyen los avances tecnológicos, muy ligados en la actualidad al aumento de problemas de salud mental en la población. Las nuevas tecnologías han traído consigo muchas ventajas y comodidades, pero también son fuente de numerosas adicciones y problemas psicológicos y psiquiátricos. En este sentido las unidades de salud mental del Sistema Sanitario tienen que dar cobertura a la población desde una temprana edad, proporcionando los medios necesarios para una correcta y eficaz asistencia sanitaria en este ámbito.

Los problemas mentales generan numerosas patologías y provocan una gran preocupación en la sociedad, que demanda una atención integral e integradora.

Existen unidades de tratamiento a los problemas mentales en los centros de salud, unidades de gestión terapéutica, hospitales etc.

El auxiliar administrativo que presta su trabajo en las unidades de salud mental forma parte de un equipo multidisciplinar que trabaja junto a psicólogos, psiquiatras, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores etc. para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este capítulo vamos a desarrollar las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los servicios de salud mental en el ámbito hospitalario, destacando su importancia para el servicio.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza el auxiliar administrativo en los servicios de salud mental.
- Destacar la importancia de su trabajo 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”, “salud mental” 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 el ámbito hospitalario dentro de las prestaciones de salud mental, encontramos las unidades de salud mental comunitaria, unidad de hospitalización,

unidad de salud mental infanto-juvenil, unidades de conductas adictivas (UCA) para pacientes con trastornos de adicción a diversas sustancias.

Como dato relevante según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, solo un 1% del personal sanitaria se dedica al sector de la salud mental, esto nos puede indicar la escasez de medios con los que cuenta el Sistema Sanitario para hacer atender las patologías relacionadas con esta especialidad médica.

Dentro de los hospitales encontramos el servicio de consultas externas de psiquiatría, donde desarrolla su trabajo el auxiliar administrativo. Normalmente existen varios profesionales en esta unidad, uno encargado de las consultas externas de salud mental infanto-juvenil y otro dedicado a pacientes adultos.

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en la unidad de salud mental son las siguientes:

- Atención al público presencial, cuando el paciente llega a la consulta le tomará los datos e informará al personal sanitario de su llegada.
- Atención telefónica, resolviendo dudas de los pacientes, referentes a citas, horarios, etc.
- Organizará las agendas de los diferentes facultativos.
- Anulará las citas de una agenda determinada cuando surgiera algún imprevisto, comunicándoselo a los pacientes.
- Citará a los pacientes nuevos en las agendas habilitadas para tal fin.
- Solicitará al archivo las historias de los pacientes.
- Redactará los informes que le sean indicados por los diferentes especialistas.
- Será el encargado de realizar las peticiones de ambulancias.
- Enviaré por correo los documentos que le sean solicitados por el personal sanitario.

Como podemos observar sus funciones son tanto administrativas como de atención al paciente, por lo que debe tener un alto grado de empatía y tolerancia debido a las peculiaridades de la unidad en la que trabaja.

También es importante resaltar la coordinación de todos los profesionales en estas unidades, vital para ofrecer un servicio de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos afirmar que la atención a la salud mental es pieza clave en toda sociedad actual, existiendo una creciente preocupación por la población y concienciación respecto a este tema.

La escasez de recursos supone un reto para los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que tienen que gestionar de la mejor manera posible con los

medios existentes patologías de muy difícil tratamiento, y muy duraderas en el tiempo.

Todas las estructuras implicadas ya sean de Atención Primaria o Atención Especializada deben estar en continuo contacto y coordinación.

En conclusión, el auxiliar administrativo de las unidades de salud mental debe conocer perfectamente los protocolos de trabajo y guardar en todo momento la confidencialidad de los datos sanitarios a los que tiene acceso.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf
2. <https://fundadeps.org/opinion/salud-mental-en-espana-2022/>
3. <https://revistamedica.com/funcion-auxiliar-administrativo-salud-mental/>

Capítulo 456

LA LABOR DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON PATOLOGÍAS CARDIACAS

RAÚL GÓMEZ MOLINA

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

1 Introducción

La enfermedad cardíaca se encuentra dentro de las enfermedades cardiovasculares, en la que el corazón tiene unos desajustes en su funcionamiento, ya sea porque no suministre la cantidad de sangre que el cuerpo necesita, o que sea bombeada de forma insuficiente, produciendo fallos en los ventrículos o en los dos a la vez. Esto repercute en la cantidad de oxígeno que llega a las células, la cual resultará en un volumen inadecuado. Las enfermedades más comunes suelen ser: angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión y la insuficiencia cardíaca.

Estas enfermedades ofrecen una serie de síntomas como: fuerte dolor en el pecho, incapacidad para respirar, debilidad en las extremidades, cansancio y fatiga, etc.

Además, la mayoría de las veces son tratadas aparte de con medicación a través de intervenciones quirúrgicas, como: trasplantes de corazón, colocación de bypass, cirugía valvular, etc., las cuales pueden ser programadas y otras veces serán de carácter urgente cuando el paciente siente fuerte dolor e inestabilidad y acude a los servicios de urgencias.

El celador será la primera persona que se encuentre cuando acuda a urgencias, pero también estará en todo el proceso desde que entra por la puerta, lo lleva a la sala quirúrgica, donde otro celador que no podrá salir de esa estancia durante de su turno de trabajo, lo acomodará en la mesa de operaciones y le ejecutará los movimientos que precise y le indique el cirujano. Después otro celador lo llevará a otra sala donde se recuperará tras la intervención, pasando después a su habitación y llevado por un celador cuando se estime pertinente el facultativo para la realización de pruebas para observar la evolución, y así hasta que se le dé el alta.

2 Objetivos

- Definir las labores que realiza el celador ante un paciente con patologías cardíacas desde que entra en el hospital, le hacen los tratamientos pertinentes y finalmente es dado de alta.

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 al respecto del celador y la función ante un paciente con cuadro clínico de cardiología, 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

Esta enfermedad suele darse más en la población anciana, pero también se observa un sector de gente más joven que la padece debido a estilos de vida nada saludables, o con demasiado estrés, que adicionalmente sufren diabetes, consumo de alcohol o tabaco, y sin olvidar el factor hereditario que también repercute.

El paciente con patología cardíaca que debe de pasar por una intervención quirúrgica, lo normal es que la tenga ya programada, por lo que acudirá al hospital y el celador le indicará donde debe de ir para que le vayan preparando, o también puede encontrarse ya en una habitación del hospital. En ambos casos lo normal es que se la haga una radiografía de tórax antes, por lo que el celador lo llevará para que se le hagan. Otras veces acudirán a los servicios de urgencias, con un fuerte dolor, donde el celador lo acomodará en una silla de ruedas mientras le realizan el triaje y le valora el facultativo junto con la necesidad de hacer dicha radiografía. En todos los casos el celador lo llevará hasta la puerta del quirófano, cerciorándose que lleva el historial médico, donde allí está otro compañero vestido de verde que lo pasará a la sala prevista para ponerlo en la mesa de operaciones.

Ya en el quirófano, el celador destinado en este servicio, seguirá las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería, para ello será necesario que conozca bien el funcionamiento del mismo, y de todos los aparatos y utensilios que en el se encuentran, colocándole el arco, los brazaes, perneras u otros elementos que necesite. Además irá realizando los cambios posturales que vaya necesitando el cirujano.

Si hubiera que llevar muestras a laboratorio, se le entregarán al celador que se encuentra fuera de la sala, vestido de blanco. Una vez finalizada la operación, el celador pasará al paciente de la mesa a una cama o camilla para llevarlo a la UCI para observar su evolución. Allí también se le realizará una radiografía a través de un portátil de rayos que llevará el celador.

Durante su estancia en UCI, los celadores que estén destinados en este servicio, ayudarán con los cambios posturales y los aseos, teniendo especial cuidado con los tubos y vías, y si evoluciona de la manera prevista, se le extubará para que que siga recuperando en planta, siendo llevado por un celador en silla de ruedas o camilla. Y allí será atendido por los celadores de planta en los traslados a pruebas, aseos diarios, cambios de posición, etc.

5 Discusión-Conclusión

El celador estará presente en todos los procesos por los que pasa este tipo de pacientes, desde que llegan al hospital por una operación ya programada o acuden al servicio de urgencias, su traslado para ser ingresado, su traslado para hacer la radiografía de tórax y llevarlo a quirófano, después a la UCI, y ya finalmente cuando es ingresado en planta donde seguirá su recuperación y se le harán las

pruebas pertinentes, y ya finalmente cuando es dado de alta, que el celador también puede acompañarlo hasta la puerta en camilla o silla de ruedas.

En la actualidad, las estadísticas arrojan datos en los que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país, de ahí la importancia de tener un buen equipo médico y todos los recursos tecnológicos y económicos posibles, para prevenir estas patologías a tiempo, o curar las ya existentes de manera menos sintomática para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Editorial Mad. Manual del Celador.
2. Buscadores en internet con palabras clave: enfermedad cardiovascular, celador, cardiología,
3. www.revista-portalesmedicos.com
4. Insuficiencia cardíaca recursos para profesionales (insuficienciacardiaca.es)

Capítulo 457

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO

RAÚL GÓMEZ MOLINA

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

1 Introducción

El laboratorio de un hospital se encarga de analizar las muestras biológicas que han sido extraídas de los pacientes para estudiar, prevenir e investigar las distintas patologías que presentan con el fin de que se encuentren los tratamientos farmacológicos y las terapias adecuadas para curar la enfermedad o paliar los síntomas. También tienen como finalidad observar la compatibilidad de los órganos a la hora de donarlos, o realizar pruebas de paternidad, entre otras muchas.

Lo normal es que el laboratorio se encuentre en la planta baja del hospital, cerca de urgencias, de los quirófanos, de las consultas externas, aunque otras veces se ubican en estancias anexas, o incluso esta función es asumida por otro hospital o servicio privado.

En este servicio también se cuenta con la figura del celador, el cual realizará una función auxiliar, pero muy importante, a la hora de, por ejemplo, llevar las mues-

tras que se han tomado por la mañana en quirófano o las analíticas de sangre para ser analizadas. También puede ser necesario llevarlas al servicio patológico, entregar las muestras de las endoscopias, llevar las comunicaciones verbales que le confíen a los destinatarios correspondientes con la mayor celeridad, llevar paquetes o correspondencia, etc.

Los laboratorios cuentan con la tecnología más avanzada, y con un equipo trabajador muy profesional que le permite analizar las muestras bajo la premisa de unos parámetros de tipo inmunológicos, toxicológicos, bioquímicas, microbiológicos, etc.

2 Objetivos

Explicar la importancia de las labores que realiza el celador designado en el servicio de laboratorio y sus capacidades para desarrollarlas con celeridad y discreción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la función del celador designado en el servicio de laboratorio, 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

Las muestras que el celador lleva a laboratorio, deben estar perfectamente recogidas en su origen, pero también es importante la forma de empaquetarlas o prepararlas para el traslado y la forma en la que el celador las transporta para ello es necesario que el celador actúe bajo las siguientes premisas:

- 1/ Debe fijarse que lleve la pegatina con los datos personales del paciente, el número de historia clínica, y otros datos más secundarios como la fecha, o el servicio peticionario del muestreo.
- 2/ Llevar el informe de petición y actuar con celeridad, sin demora, pero evitando golpes o derrames.

3/ El recipiente donde se encuentra la muestra debe ser el específico para cada clase de muestra con los conservantes pertinentes, siendo necesario transportarlo en neveras según los tipos.

El celador realizará las siguientes funciones en el servicio de Laboratorio:

1/ Ir al almacén de farmacia para recoger los medicamentos necesarios para entregárselo al equipo de enfermería.

2/ Recogerá por la mañana a primera hora las muestras del quirófano y de los servicios de endoscopia.

3/ Recoger los informes de las biopsias realizadas por secretaria de anatomía patológica, llevándolos a cada una de las secretarías de los servicios peticionarios.

4/ Recoger las muestras que se tomaron durante su turno de trabajo del servicio de quirófano, para llevarlas al servicio de patología.

5/ Entregar el correo a los distintos laboratorios.

6/ Llevar las muestras recogidas del banco de sangre a la farmacia.

7/ Trasladar al servicio de mantenimiento las piezas defectuosas o rotas para ser reparadas.

8/ Enviar a esterilizar los distintos utensilios utilizados en el muestreo.

9/ Trasladar los pedidos del almacén a las distintas dependencias que los necesitan.

10/ Cuando se realice una petición de material o suministros, realizará una copia para que quede constancia y se la entregue el jefe de personal subalterno o al encargado de turno.

11/ Entregar a la secretaría de dirección la facturas y otros documentos.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas desarrolladas por el Laboratorio son muy complejas y determinantes a la hora de investigar enfermedades, prevenirlas, y estudiarlas con el fin de que al paciente se le pueda pautar el tratamiento adecuado para curarla o por lo menos atenuar la sintomatología. Para ello se analizan muestras de orina, sangre, heces, se hacen biopsias de tejidos para compararlos bajo unas premisas de tipo microbiológicas, inmunológicas, toxicológicas, etc.

Como se ha expuesto, el celador se encargará de llevar de forma correcta las muestras recogidas para ser analizadas en el laboratorio, recogerá los informes resultantes del análisis de las biopsias para llevarlos a los servicios peticionarios, entregará distintos tipos de documentación, llevará los fármacos necesarios a los equipos de enfermería, etc.

El celador será uno de los trabajadores en este servicio tan profesional y con tanta tecnología innovadora, pero aunque su función sea auxiliar, será de gran importancia para el buen funcionamiento de todo el servicio.

6 Bibliografía

- Búsqueda en Google con palabras clave: laboratorio, celador, muestras de laboratorio, analíticas y muestreo.
- AREAS DE UN LABORATORIO CLINICO Y SUS FUNCIONES | Web Oficial (euroinnova.edu.es)
- <https://www.precintia.com>
- › blog › Transporte de muestras biológicas.
- <https://revistamedica.com/celador-servicios-centrales>.

Capítulo 458

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

RAÚL GÓMEZ MOLINA

LUCÍA GÓMEZ MOLINA

IVAN CARRION PEREZ

MARIA DE LOS LLANOS MARTINEZ MARTINEZ

MARÍA DE LOS LLANOS MARÍN HENARES

1 Introducción

El servicio de Urgencia de Atención Primaria, con las siglas SUAP, tiene la característica de que tiene lugar por las noches, en festivos y fines de semana en horario de 20:00 h a 08:00 h en jornadas de 12 o 24 horas en determinados casos, con la asistencia de horas pueden ser jornadas de 24 horas o en turnos de 12 horas. Como equipo profesional se cuenta con el médico, el de enfermería y por los celadores que harán las labores de los auxiliares administrativos, ya que éstos últimos no trabajan en este horario, sino por las mañanas y tardes de lunes a viernes.

Se trata de un servicio que se ofrece a la ciudadanía de carácter sanitario en un horario distinto al de los centros de salud de atención primaria o a los ambulatorios, que será por las mañanas y por las tardes, por tanto serán establecimientos

con atención continuada durante las 24 horas, con personal trabajando a turnos ininterrumpidamente. La finalidad es atender a las personas de una manera más rápida que si fueran a los servicios de urgencias, evitando así que se colapsen, y se pueda aumentar la atención a los pacientes que lo requieran en el domicilio. Requiere de un triaje para valorar los casos que deben atenderse primero, derivándose a urgencias del hospital si el cuadro clínico que presentara el paciente así lo requiriera.

El celador estará en el mostrador haciendo las tareas del auxiliar administrativo: gestionando las citas para el médico y la enfermera que están de guardia, coger las llamadas del 112, así como las llamadas de la atención en el domicilio, atender las personas que van llegando por su propio pie y que requieren de atención médica, etc. Con todo, el celador puede llegar a esta solo en el mostrador mientras que tiene que atender el teléfono y las personas que acuden personalmente, lo cual puede haber momentos que sea bastante estresante, sobre todo cuando el paciente exige rapidez y se pone violento porque quieren ser atendidos los primeros, sin importarles la falta de recursos humanos.

2 Objetivos

Explicar la importancia de las labores que realiza el celador designado en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, y las características principales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la función del celador en el servicio de urgencias de atención primaria, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador que por primera vez presta sus servicios en esta Unidad, puede verse colapsado, ya que si no lo sabe, lo descubrirá enseguida que su elemento de trabajo principal será el ordenador y el teléfono, cosa que no pasa en otros ámbitos donde puede trabajar como: consultas externas, puerta de urgencias, almacén,

farmacia, UCI, etc. Deberá tener una actitud positiva, serena, descansada, ya que los turnos suelen ser de 12 o 24 horas. Lo ideal es que se pase con anterioridad al día señalado para que le expliquen como funciona el programa informático de las citas, como se da de alta a pacientes extranjeros, como se pasan las llamadas, etc.

Las funciones que desempeñará el celador serán las siguientes:

- 1/ Saber trabajar con el programa informático y conocer la nomenclatura de las agendas de los médicos y enfermeras para poner a los pacientes en los huecos correctos.
- 2/ Recepcionar al paciente, preguntarle que necesita, hacer la gestión y decirle que se pase a la sala de espera, mientras que lo apunto en el ordenador para que pueda ser llamado.
- 3/ Avisar a la enfermera la llegada del paciente por teléfono.
- 4/ Ayudar a los pacientes que lo necesiten ofreciéndoles una silla de ruedas o ayudándoles a bajar si vienen en coche o ambulancia.
- 5/ Llevar a los pacientes a la sala de espera o a la consulta de enfermería o del médico en silla de ruedas, camilla, o acompañándolo a su lado si presentara alguna dificultad para evitar que se caiga.
- 5/ Los compañeros pueden pedirle que haga movilizaciones a los pacientes mientras que le aplican algún tratamiento.
- 6/ Ofrecerán información general, la que él mismo puede dar, nunca será de carácter administrativo o sanitario.
- 7/ Dar citas para el médico de cabecera o los distintos especialistas.
- 8/ Velarán por el buen uso de las salas, que no se fume, que no haya escándalos ni ruidos.
- 9/ Se ocuparán de la calefacción o aire acondicionado, de apagar o encender las luces, así como de abrir o cerrar las puertas.
- 10/ Vigilar los accesos y si hubiera demasiada gente dentro de las instalaciones, les instará a que esperen afuera mientras que se descongestiona.
- 11/ Si un paciente, sobre todo es el caso de los extranjeros, es la primera vez que acude y no está registrado su DNI o pasaporte, deberá de darlo de alta, pidiéndole todos los datos necesarios que pide el formulario del ordenador.
- 12/ Conocer los números de los buscos de los compañeros.
- 13/ Llamar a un taxi para las salidas a domicilio de los compañeros.
- 14/ Coger las llamadas de los pacientes y del 112.
- 15/ Dar los partes de baja o alta.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias de atención primaria resulta indispensable, sobre todo en las grandes ciudades, ya que con él se pretende dar un servicio de carácter urgente, cuando el médico de cabecera ha acabado su turno en la atención primaria, y no se considera necesario acudir a los servicios de urgencia del hospital, por la cantidad de gente que suelen acudir, los largos tiempos de espera y porque en realidad el motivo no requiere tal urgencia pero no puede esperar al horario de la consulta de la atención primaria.

El celador deberá saber que las funciones que desarrollará serán sobre todo administrativas, ya que deberá de coger las llamadas, atender al público que llega solicitando asistencia médica o de la enfermera y darle la correspondiente cita, dará de alta a pacientes nuevos, sabrá pasar las llamadas telefónicas correctamente, llamará a un taxi cuando el personal sanitario tenga que acudir a un domicilio particular, si no existe vehículo de la institución, etc.

6 Bibliografía

- Búsqueda en Google con palabras clave: celador, servicio de urgencias de atención primaria.
- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articuloorganizacion-urgencias-el-centro-salud-13073965>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html?m=1>.
- Editorial Mad, El Celador.

Capítulo 459

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL

LUCIA MONTALVO CAMPOS

PETRA MONTALVO CAMPOS

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

JULIANA LADERO PACHECO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

1 Introducción

Los profesionales del equipo de salud y la necesidad de una mayor valorización forman el reconocimiento de la labor del celador en la industria. En general, se puede decir que las funciones del celador en una clínica ambulatoria son cruciales para el funcionamiento eficiente de las instalaciones médicas y que su trabajo contribuye significativamente al propio bienestar de los pacientes.

En un pasado no muy lejano, las funciones del celador en las consultas externas se centraban principalmente en mover pacientes, en transportar sillas de ruedas y ayudar al usuario mientras era un paciente en el centro médico donde se encontraba.

Hoy, sin embargo, los deberes del celador en las clínicas ambulatorias se han ampliado y cambiado para ahora incluir los deberes como son la seguridad y

la vigilancia, la atención e información al paciente, reposición de material y la distribución de registros .El celador también puede ayudar a otros profesionales de la salud que están tratando a los pacientes, lo que tiene un impacto positivo tanto en la salud de los pacientes como en la de sus compañeros de trabajo. En términos de capacitación, la capacitación de celador y coordinación interdepartamental, aún hay margen de mejora a pesar de estos avances.

2 Objetivos

Describir los componentes de estas funciones y enfatizar su significado y valorar las funciones del celador para asegurar su correcto funcionamiento durante las consultas externas.

3 Metodología

La realización de un proyecto sobre el papel de los celadores de ambulancias requirió buscar en Internet referencias que proporcionaran conocimientos actualizados y relevantes sobre el tema. Se utilizaron diversas fuentes para este propósito, incluidas bases de datos de revistas científicas, guías y planes de acción, sitios web de autoridades sanitarias y otras partes interesadas.

Para seleccionar la información más relevante y actualizada, seguimos ciertos criterios al buscar las referencias en Internet.

4 Resultados

Los administradores son miembros del equipo médico que juegan un papel importante en las visitas ambulatorias. El enfoque principal de su trabajo es apoyar al personal médico y a los pacientes y garantizar la seguridad y la comodidad del entorno médico. En este sentido, los deberes específicos de un celador en una práctica ambulatoria variarán según la institución y el tipo de práctica, pero existen algunos deberes generales que son comunes en la mayoría de los casos, tales como:

1. Recepción y atención de pacientes: Esta es una de las funciones más importantes de la enfermera de consulta externa. Necesitan recibir pacientes, acompañarlos durante su estadía en el centro médico y asegurarse de que estén cómodos y tranquilos durante su estadía en la clínica. Además, los celadores deben

apoyar a las personas con movilidad reducida y acompañar al paciente desde la sala de espera hasta el consultorio médico.

2. Manejo de la Sala de Espera: En este sentido, el celador y el auxiliar de enfermería debe asegurarse de que el paciente se encuentre cómodo y la sala esté segura y limpia. Además, los administradores deben controlar el acceso a los horarios de consulta y evitar el ingreso de personas no autorizadas.

3. Preparación del horario de oficina: los celadores pueden ayudar a limpiar y desinfectar el horario de oficina, preparar materiales médicos y ayudar a organizar y archivar la documentación clínica.

4. Colaborar en la atención directa del paciente: las enfermeras pueden ayudar a otros profesionales de la salud que atienden a otros pacientes.

5. Transferencia y traslado de pacientes: los celadores deben garantizar una transferencia de pacientes segura y cómoda. Use una silla de ruedas para evitar lesiones o molestias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los roles diversos y esenciales que desempeña el personal de enfermería en las consultas externas son esenciales para el funcionamiento eficiente del sistema médico. Los auxiliares velan por la salud de todas las personas en los hospitales y centros de salud, incluidos pacientes y profesionales, desde el ingreso y atención del paciente hasta la atención directa de apoyo.

Anteriormente, el traslado de pacientes y el traslado de pacientes estaban entre las responsabilidades del asistente de la clínica para pacientes ambulatorios. Para satisfacer las necesidades de las instalaciones médicas actuales, los roles de los porteros han evolucionado y se han ampliado para incluir el reabastecimiento, la vigilancia y la seguridad, el suministro de información y el servicio al cliente. Los usuarios y los documentos se distribuyen.

6 Bibliografía

-<https://essaeformacion.com/f>

Capítulo 460

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

LUCIA MONTALVO CAMPOS

PETRA MONTALVO CAMPOS

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

JULIANA LADERO PACHECO

1 Introducción

La definición de rehabilitación es "un conjunto de intervenciones dirigidas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en interacción con su entorno".

La Organización Mundial de la Salud describe la rehabilitación como una combinación de varios enfoques (profesionales, educativos y de desarrollo) para ayudar en el desarrollo de la fuerza y la independencia en personas discapacitadas o que tienen otras limitaciones físicas o mentales.

Por lo tanto, podemos concluir que la medicina física y la rehabilitación son muy singulares porque examinan y tratan las debilidades y discapacidades provocadas por diversas enfermedades, con el objetivo de reducir las discapacidades causadas por esas enfermedades.

Para que los pacientes vivan de forma independiente, controlen lo que pueden hacer y mejoren su calidad de vida, esta atención médica tiene como objetivo

identificar, rastrear, prevenir y tratar las discapacidades. Brinda esta atención a pacientes que son pacientes hospitalizados y ambulatorios y que pueden recibir tratamiento en salas de emergencias de hospitales e instalaciones médicas. Tras el examen del médico general, el estado del paciente determinará si debe ser hospitalizado o no.

Un equipo multidisciplinar formado por fisioterapeutas, logopedas, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, encargados, celadores, etc. trabajan para los Servicios de Rehabilitación bajo la dirección de médicos especialistas en fisioterapia y rehabilitación.

2 Objetivos

- Describir el centro de rehabilitación, explicar qué hace un celador en una unidad de rehabilitación, así como sus funciones en esta área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 definición de rehabilitación de la Organización Mundial de la Salud, que enfatiza la restauración de la capacidad del paciente para vivir libremente en todos los aspectos de la vida, incluidos el personal, la familia y el trabajo.

El desarrollo de esta práctica clínica es la atención integral de los pacientes, abarcando una variedad de enfermedades del sistema nervioso, respiratorio, cardíaco, muscular, etc.

Es por ello que el campo de la rehabilitación se coordina con otras actividades médicas para enviar pacientes a este tratamiento, desde consultas de cuidados especiales y otra información especial, a fin de poder evaluar al paciente e incorporarlo al tratamiento médico.

Los servicios de atención primaria pueden tomar medidas preventivas porque en esta área las personas con discapacidad son identificadas a edades tempranas,

con pocos síntomas que pueden prevenirse con medicamentos en las etapas más difíciles y costosas para todos.

En la atención médica, podemos distinguir dos situaciones o conceptos:

- Preparación clínica: realización de pruebas para determinar el estado del paciente.
- Tratamiento: Incluye la investigación de los medicamentos necesarios para mejorar la condición del paciente.
- Uso de Sustancias es donde entra el Departamento de Rehabilitación y consiste en lo siguiente:
 - Residente
 - Médico
 - Gerente de Operaciones
 - Auxiliar Enfermería
 - Auxiliar Administrativo

El paciente es alojado en un área designada por personal médico.

- Trabaja con personal médico y fisioterapeutas para gestionar y fomentar la actividad física en los pacientes.
- Administrar el transporte y colocación de todas las herramientas y equipos necesarios para las reuniones de mantenimiento.
- Vigilan el acceso al servicio y no permiten el acceso no autorizado.
- Controla a los pacientes y familiares en la sala de espera para ver si se están siguiendo las reglas emitidas por la dirección de la organización.

No dan información sobre el examen, la enfermedad o el tratamiento de un paciente a los pacientes, visitantes o familiares, sino a los trabajadores de la salud que supervisan su trabajo.

Los celadores de hogares de ancianos deben gozar de buena salud debido a la necesidad de alentar a los enfermos debido al arduo trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, es fundamental ofrecer servicios de rehabilitación efectivos y eficientes que puedan detener el deterioro del paciente provocado por la falta de atención en una etapa temprana.

Contamos con un celador de rehabilitación, es miembro de este equipo multidisciplinario. Los celadores juegan un papel importante en eso porque deben ser capaces de adaptarse a la persona con la que trabajarán y sumergirse en el estado más vulnerable del paciente. La empatía por el proceso patológico por el

que atraviesa debe ser provocada por la circunstancia. El campo de la rehabilitación se coordina con otras actividades médicas para enviar pacientes a este tratamiento.

6 Bibliografía

-<https://congresosicepa.com/celador-de-rehabilitacion/>

-http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 461

EL CELADOR Y EL MANEJO DE LOS TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS

LUCIA MONTALVO CAMPOS

PETRA MONTALVO CAMPOS

JULIANA LADERO PACHECO

RAMONA DELGADO GOMEZ-PIMPOLLO

MARIA DEL PILAR SERRANO CASADO

1 Introducción

Una de las funciones principales que tiene el celador es el manejo de camas hospitalarias. Estas suelen estar compuestas por ruedas móviles en cada pata y a su vez, con un sistema de frenado. A día de hoy, hay una gran variedad de camas hospitalarias que se adaptan a las necesidades de cada paciente y su dolencia, ya que en ella va a pasar un tiempo determinado.

Por ello vamos a conocer los diferentes tipos de cama hospitalaria, así como sus características y sus usos. La cama hospitalaria más empleada es la cama mecánica articulada, habiendo otros tipos de cama que se emplean para necesidades específicas.

La cama hospitalaria también tiene una serie de accesorios que nos permite acoplar para facilitar las necesidades particulares del paciente, estos son:

-Soporte de suero: para perfusión.

-Barandillas de seguridad: evitan que los pacientes agitados y niños no caigan.

- Cuadro de tracción con triángulo (triángulo de Balkan): se emplea en pacientes con movilidad reducida inferior y parapléjicos.
- Arco metálico: evita el peso de la ropa en determinadas zonas del cuerpo.
- Soporte para los pies: es un tablero de madera a modo de tope y apoyo de los mismos.
- Soporte para la bolsa de la orina.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de camas hospitalarias que podemos encontrarnos en un hospital, así como sus características y sus posibles usos.

3 Metodología

Como parte de la investigación para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión de la literatura científica ya publicada. Las tres bases de datos principales (Pubmed, Medline y Scielo) se han buscado minuciosamente en busca de libros y artículos.

4 Resultados

El paciente, una vez que está instalado en la habitación del hospital, podemos decir que está integrado en lo que llamamos la unidad del paciente. Por lo tanto, la unidad del paciente se compone del espacio y del mobiliario mientras esté ingresado.

Las dimensiones de las camas son estándar:

- Ancho: 80-90 cm.
- Largo: 190-200 cm.
- Altura: dependerá si lleva colchón o no (sin colchón 70 cm).

Los principales tipos de camas son:

- La cama metálica de somier rígido: son camas rígidas, aunque hay algunas que permiten elevar el cabecero, sin articulación.
- La cama de descanso articulada: son las camas más comunes que nos podemos encontrar. Presentan articulaciones en dos o tres segmentos permitiendo que el paciente esté más cómodo.

- La cama ortopédica, traumatológica o de Judet: es un tipo de cama que se emplea en pacientes que sufren fracturas o parálisis en las extremidades, poseen el marco de Balkan que permite al paciente diversos movimientos.
- La cama Rototest: esta cama mantiene al paciente en un giro continuo, luego es el perfecto para la prevención de las úlceras por presión.
- La cama electrocircular o de Striker: al tener los armazones circulares esta cama permite cualquier posición al paciente (vertical, horizontal, boca abajo y en ángulo). Su uso es para pacientes con alto grado de politraumatismos o grandes quemados que requieren estar inmovilizados mucho tiempo.
- Cama o mesa de exploración o potro ginecológico: como su nombre indica, se utiliza en las exploraciones ginecológicas así como en el momento del parto.
- Cama de levitación: emplea un flujo continuo e intenso de aire, lo que hace que el paciente esté en suspensión. Se utiliza en las unidades de los grandes quemados.
- La cama de descanso pediátrica o también llamada incubadora: se emplea para los bebés prematuros, proporciona un ambiente que es beneficioso para la mejora y así asegurar las condiciones de vida. Incorpora monitorización, temperatura y una humedad adecuadas para que el bebé esté aislado.
- Cama libro: es un tipo de cama articulada, pero permite la angulación lateral, su uso es para pacientes que deben pasar largos periodos de tiempo inmovilizadas.
- Armazón para el volteo (Foster): su misión es facilitar el cambio postural que será de manera manual. Este tipo de cama está en desuso, ya que ha sido sustituida por la cama electrocircular o de Strike.

5 Discusión-Conclusión

Para que el celador pueda realizar sus funciones de la manera más eficaz y siempre pensando en las necesidades del paciente, es fundamental que tenga un conocimiento profundo de los distintos tipos de camas y cómo gestionarlos.

Los hospitales ahora cuentan con una variedad de camas que nos pueden ayudar a tratar adecuadamente a los pacientes y sus patologías.

Además de ser un mueble, la cama de hospital es un componente crucial del espacio del paciente porque será donde pasará la mayor parte de su tiempo y donde podrá descansar.

Estas camas deben ser sencillas de usar y tener las características adecuadas a la condición del paciente.

6 Bibliografía

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-12.html> www.revistamedica.com

Capítulo 462

EL PINCHE DE COCINA EN LOS PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO EN LA COCINA HOSPITALARIA

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

Es fundamental contar con unas bases sólidas en la cocina del hospital y los requisitos previos sobre los que basar un plan de análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC) para su correcta implantación, ya que sin ellos sería imposible su cumplimiento de las normas.

La globalización ha facilitado el rápido transporte de alimentos contaminados, lo que a su vez provoca una serie de enfermedades. Por este motivo, los gobiernos han puesto en marcha sistemas para garantizar la seguridad alimentaria, dando lugar al sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control.

Dado que los pacientes hospitalizados son vulnerables al contagio, es necesario un control exhaustivo en las cocinas. Hace años, el control higiénico sanitario de los alimentos se analizaba mediante inspecciones y análisis químicos de los

productos finales listos para el consumo, pero este método no aseguraba al 100 por ciento la salubridad de los productos. La NASA desarrolló el punto de control y crítico y fue obligatorio en 1996 para todas las empresas del sector alimentario. Es un sistema que permite la identificación y control de peligros físicos, químicos o biológicos que puedan afectar la inocuidad de los alimentos.

Las sondas de temperatura se controlan con termómetros en cada turno durante el mantenimiento y se registran en los libros de registro.

2 Objetivos

- Dar a conocer el procedimiento para desarrollar un análisis de peligros y todos los puntos de control críticos para la cocina hospitalaria por el pinche de cocina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda 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 llevar a cabo un plan de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control se deben seguir siete principios mencionados en el Codex Alimentarius, es el esquema general de las rupturas en el plan es el siguiente:

- Diagrama de flujo del proceso: consiste en una secuencia de las fases, involucrados a lo largo del proceso que determina una vista simple y clara de cómo se elabora un producto alimenticio. Se puede mencionar tanta información adicional como sea preciso. Un error de confección del diagrama de flujo significaría una desviación de todo el sistema de APPCC en que se apoya el propio diagrama. Se elaborará un diagrama por proceso, pudiendo agruparlos por procesos similares.
- Elaboración de un plan APPCC es necesario que todo el personal implicado esté informado, con el fin de motivarlo y hacerle partícipe del estudio de elaboración de un plan de APPCC.

Consta de las siguientes fases:

- Constitución de un equipo de APPCC.
- Descripción de todos los productos.
- Definición e identificación del uso esperado.
- Identificación de los puntos de control (principio 2).
- Establecimiento de límites críticos para cada punto de control (principio 3).
- Control de proveedores: para facilitar los controles, en esta fase se considera la recepción de mercancía un punto de control crítico, siempre, debiéndose definir siempre los límites críticos, estará todo documentado.
- Selección de normas de proveedor.
- Selección del proveedor.
- Especificación de materias primas.
- Auditorías y proveedores.
- Responsabilidades: la Gerencia será responsable con el fin de asegurar el cumplimiento del plan de autocontrol. El gerente del centro podrá delegar en favor del coordinador de equipo.
- Registros.
- Revisiones: habrá auditorías tanto internas como externas.
- Evaluación.
- Indicadores de implantación
- Indicadores de proceso.
- Indicadores de los resultados.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y las intoxicaciones alimentarias mediante el desarrollo de acciones preventivas, acciones correctivas, sistemas de seguimiento y registro para cada punto crítico de control, es parte tarea del pinche de cocina.

La sonda de temperatura está controlada por un termómetro y se utiliza para alimentos de alto riesgo como la carne, el pescado y el pollo, que figuran específicamente en el registro. Cuando se recibe un producto, se analiza cuidadosamente la vida útil, las características organolépticas, la integridad del producto y el modo de transporte. No se aceptarán productos si no llegan en buenas condiciones. Durante el período de almacenamiento, verifique la temperatura ambiente dos veces al día y anótela en un libro de registro. El funcionamiento de los equipos se revisa semanalmente. Durante el período de trabajo en caliente, la temperatura del producto debe estar por encima de los 70 grados, lo que se confirma mediante el control visual del indicador de temperatura.

6 Bibliografía

1. <https://santosgrupo.com/v1/es/especialidades/cocinas-profesionales/4010-2/>
2. <https://www.expomaquinaria.es>

Capítulo 463

EL PINCHE DE COCINA Y LAS ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS EN COCINAS HOSPITALARIAS

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

Las recomendaciones de los médicos de familia e incluso de los hospitales tratan enfermedades que han aumentado en los últimos años: los malos hábitos alimentarios. El motivo de esta reacción no está claro, pero parece que el ritmo de vida actual y los cambios en nuestra alimentación son factores que pueden contribuir al desarrollo de esta enfermedad. La enfermedad alimentaria es una buena medicina, pero también afecta a la comunidad y a la familia, porque hacen la vida del enfermo y del medio ambiente, porque la alimentación debe depender de las necesidades del enfermo. A veces se vuelven ansiosos y deprimidos porque tienen miedo de tener una reacción alérgica grave o porque se ven obligados a limitar

la cantidad de alimentos que comen. Las alergias alimentarias pueden aparecer a cualquier edad, aunque es cierto que son más frecuentes en los niños. En la cocina del hospital es importante saber si los pacientes tienen alergias o intolerancias alimentarias, porque un error en el menú puede llevar a la muerte.

Las causas de la aparición de alergias e intolerancias alimentarias todavía no están totalmente definidas. Existen factores de riesgo que pueden llegar a desencadenarla, como factores ambientales, herencia genética, exposición al alérgeno o alteraciones de la permeabilidad intestinal.

2 Objetivos

- Definir y clasificar las reacciones adversas a los alimentos.
- Enumerar algunos de los alérgenos más comunes.
- Resumir algunas de manifestaciones de las reacciones alérgicas 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 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 reacción adversa a un alimento es cualquier respuesta clínica anormal de un individuo relacionada con la ingestión o el contacto con un alimento o uno de sus componentes.

Esta reacción puede ser provocada por diversos mecanismos, y puede manifestarse de diferentes formas, así como presentar diversos síntomas.

Se pueden clasificar estas reacciones adversas en dos tipos:

-Alergia alimentaria o hipersensibilidad a los alimentos, que es una reacción adversa medida por un mecanismo inmunológico, cuyo mecanismo es el siguiente: cuando el alérgeno se introduce en el organismo por primera vez, se sensibiliza, y cuando entran en contacto por segunda vez, el organismo da una respuesta alérgica, liberando sustancias, como la histamina, que son las responsables de los síntomas de la alergia.

- La intolerancia alimentaria, que es la reacción adversa provocada por mecanismos no inmunológicos, sino tóxicos, metabólicos, psicológicos, etc. En función del tiempo transcurrido (2-24 horas) desde que se consumió el alimento antes de que aparecieran los síntomas, las reacciones adversas a los alimentos puede ser inmediato o retardado.

La mayoría de las reacciones alérgicas a los alimentos se deben a las proteínas de los alimentos. Por lo tanto, los alimentos ricos en proteínas contribuyen a los síntomas de la alergia, incluso si solo algunos de ellos contienen la mayor cantidad de proteínas para provocar una reacción alérgica.

Los alérgenos más habituales en los alimentos son los siguientes: proteínas de leche, proteínas de huevo, pescados y crustáceos, cacahuets, arroz (aunque en menor medida) y sobre todo, la reacción adversa al trigo, que provoca la enfermedad celíaca, enfermedad relacionada con una respuesta inmune al gluten en este cereal sobre todo.

Los signos más comunes de una alergia o intolerancia alimentaria son principalmente problemas gastrointestinales y de la piel, pero la anafilaxia puede ocurrir en el contexto de una respuesta inmunitaria muy aguda. Las migrañas son otro síntoma común de la intolerancia alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de las alergias e intolerancias alimentarias aún no se conocen por completo. Existen factores de riesgo que pueden provocarlo, como factores ambientales, herencia genética, exposición a alérgenos o cambios en la permeabilidad intestinal. Ciertos factores ambientales, como fumar o el estrés, pueden empeorar los síntomas de la alergia.

Por esta razón, es muy importante la detección y el seguimiento oportuno de estas reacciones por parte del pinche de cocina, y las pruebas diagnósticas deben ser precisas y confiables para brindar a los pacientes la orientación que necesitan para evitar que esta condición les afecte la vida tan poco como sea posible.

6 Bibliografía

1. Palacín Nieto, L.P. Alergias alimentarias: el paciente en su entorno. Revista sanitaria de Investigación. Marzo 2021. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>
[22 noviembre 2021]
2. Pubmed

Capítulo 464

EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y UTENSILIOS DE TRABAJO EN COCINAS HOSPITALARIAS

ALFONSO GARCIA MARINA

FERNANDO VILLANUEVA MARTINEZ

MARÍA DEL CARMEN VALLE DÍAZ

GLORIA MARTÍNEZ TARIN

NOELIA VILLALBA ALFARO

1 Introducción

Para garantizar la seguridad alimentaria y proteger contra infecciones a los pacientes y al personal médico, es fundamental desinfectar los equipos de cocina y las herramientas de trabajo del hospital. La manipulación inadecuada de los alimentos y el saneamiento deficiente pueden hacer que los alimentos y el equipo se contaminen, lo que aumenta el riesgo de enfermedades transmitidas por los alimentos y otros problemas de salud en un entorno hospitalario. Debido a esto, es fundamental que el pinche de cocina y el resto del personal de la cocina se adhieran a los procedimientos de saneamiento adecuados para garantizar la seguridad de los alimentos y prevenir infecciones.

Para la seguridad de los alimentos y para detener la propagación de enfermedades infecciosas entre los pacientes y el personal médico, la higiene en la cocina del hospital es crucial. Se deben tomar precauciones especiales para garantizar la higiene de la cocina porque los pacientes tienen más probabilidades de contraer infecciones en un entorno hospitalario. Es fundamental prestar mucha atención a la limpieza y desinfección periódicas de las superficies y los electrodomésticos de la cocina: todas las superficies y los electrodomésticos de la cocina deben limpiarse y desinfectarse periódicamente.

Esto incluye utensilios de cocina, mesas de trabajo, estufas, hornos, lavavajillas y refrigeradores. La limpieza y desinfección de rutina ralentizará la propagación de virus y bacterias. Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante al menos 20 segundos también es importante para los trabajadores de la cocina. El tiempo entre usar el baño, toser o estornudar y antes de manipular alimentos son momentos cruciales para recordar esto.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia de los distintos cuidados y tratamientos higienizantes que se realizan en las cocinas hospitalarias.
- Observar las modalidades de cuidados en la higiene que se debe de tener en las cocinas hospitalarias.
- 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para garantizar la seguridad alimentaria y prevenir infecciones en pacientes y personal médico, el pinche de cocina debe realizar una tarea crucial en las cocinas de los hospitales: higienizar las herramientas y superficies de trabajo. En las

cocinas de los hospitales, los pinches de cocina deben cumplir con ciertos estándares de saneamiento.

Antes de manipular cualquier alimento, el pinche de cocina debe lavarse las manos durante al menos 20 segundos con agua y jabón. A lo largo del día, este proceso debe repetirse con frecuencia.

Limpie y desinfecte todas las superficies de trabajo, incluidas las tablas de cortar, los hornos y las estufas, antes y después de cada uso.

Limpieza de utensilios y equipos: El pinche de cocina debe lavar todos los utensilios y equipos de cocina en agua caliente con detergente, enjuagar con agua limpia y luego sumergirlos en la solución desinfectante adecuada. Antes de usar los utensilios una vez más, es crucial asegurarse de que estén completamente secos.

El pinche de cocina debe usar guantes y batas desechables para reducir el riesgo de contaminación cruzada. Los guantes y batas deben cambiarse con frecuencia, especialmente después de manipular alimentos crudos.

Las ratas, las cucarachas y las moscas son ejemplos de plagas que deben controlarse porque pueden propagar enfermedades y contaminar los alimentos.

El pinche de cocina puede asegurarse de que las herramientas y utensilios de trabajo en las cocinas de los hospitales estén limpios y aptos para su uso siguiendo estos procedimientos de saneamiento. Como resultado, el medio ambiente en los hospitales se beneficiará de la promoción de la seguridad alimentaria y la prevención de infecciones.

Al adherirse a estos procedimientos, el pinche de cocina puede garantizar que las herramientas y las superficies de trabajo en las cocinas de los hospitales sean higiénicas y adecuadas para su uso, ayudando a prevenir infecciones y promover la seguridad alimentaria en el ámbito hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el pinche de cocina y el resto del personal de cocina tienen un papel vital que desempeñar en el mantenimiento de un saneamiento adecuado, que es necesario para garantizar la seguridad alimentaria y la prevención de infecciones en las cocinas de los hospitales.

En conclusión, la higienización de herramientas y equipos en cocinas hospitalarias es una tarea vital que el pinche de cocina y demás trabajadores de la cocina deben realizar día a día. El saneamiento inadecuado puede resultar en alimentos contaminados y otros riesgos para la salud relacionados con el hospital al contaminar tanto el suministro de alimentos del medio ambiente como su equipo.

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- www.revistamedica.com

Capítulo 465

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

Los pacientes con problemas mentales o psíquicos son derivados a una unidad o servicio especializada para atender a dichas problemáticas dentro del centro hospitalario. Así, se habla de atención al paciente psiquiátrico a todo aquel que se encuentra hospitalizado en la planta de psiquiatría.

Esta planta está compuesta en su mayoría por personal sanitario superior, personal de seguridad y por el personal no sanitario, donde se incluye el papel del celador, cuyo desarrollo de tareas es fundamental, puesto que es quien mantiene un contacto estrecho con este tipo de pacientes que, dada las características que tienen, han de tratarse con sumo cuidado y respeto.

Dentro del área de salud mental hospitalaria se encuentran todo tipo de pacientes que presentan diversas patologías, que, por norma general, suelen estar alteradas. Dada esta situación, se necesita de la intervención y el trato adecuado con este

tipo de pacientes, permitiendo que los problemas de cada uno sean atendidos de manera óptima.

De este modo, durante el desarrollo del presente trabajo se van a desarrollar y conocer todas las actuaciones y tareas llevadas a cabo por parte de los celadores en la planta de psiquiatría, así como las intervenciones que realizan los celadores en la atención directa y continua con el paciente psiquiátrico.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones de los celadores en la planta de psiquiatría.
- Conocer las tareas y actuaciones del celador en la atención al paciente psiquiátrico.

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

La atención a los pacientes que se encuentran en la planta de psiquiatría ha de tratarse llevando a cabo diversos protocolos de actuación, así como la realización de las intervenciones han de estar acompañadas en todo momento por todo el equipo personal sanitario y no sanitario, como es el caso de los celadores.

En primer lugar, algunas de las funciones que llevan a cabo los celadores en la planta de psiquiatría es velar por el correcto funcionamiento de las normas establecidas para los pacientes dentro de la planta. En este sentido, los celadores se encargan de vigilar a los pacientes, evitando que se produzca cualquier altercado o agresión, ya sea entre pacientes o bien al personal sanitario. Si esto ocurre, el celador debe dar la voz de alarma y avisar de inmediato al personal de seguridad. Los pacientes en la planta de psiquiatría reciben permisos, es decir, pequeñas recompensas que pueden ser usadas durante el día, como es el caso de pequeños paseos o salidas en las proximidades. Así, el celador, acompañado del personal de seguridad, son los encargados de custodiar y vigilar las salidas y las acciones que

realizan dichos pacientes. Además, el celador debe traerlos de vuelta e instalarlos en sus habitaciones correspondientes.

Por otro lado, los pacientes en esta planta también se les realiza determinadas pruebas diagnósticas, ubicadas dentro del centro hospitalario. Para ello, el celador se encarga de llevar a dichos pacientes. En este caso, se pueden producir varias situaciones: el celador acompaña andando al paciente, en silla de ruedas o en la cama, que lleva unas contenciones.

Los celadores también llevan a cabo acciones de cuidado personal y aseo de pacientes, como por ejemplo la ventilación de las habitaciones, llevar a cabo rutinas por las mañanas, entre otras muchas acciones.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se destaca la participación de los celadores en la planta de psiquiatría, puesto que gracias al desempeño de sus funciones se consigue una correcta organización interna del servicio.

Gracias a la intervención en el desarrollo de tareas por parte del celador, se facilita el trabajo de todo personal sanitario que trabaja dentro del mismo, destacando así la comunicación sanitario-auxiliar-celadores.

Por ello, con el papel del celador en la planta de psiquiatría se consigue la movilización de pacientes y, sobre todo, mantener un correcto orden, dada la peculiaridad y cuidado que se ha de tener en esta planta.

6 Bibliografía

1. El celador en la unidad de psiquiatría. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigación.com>
2. La actuación del celador en la unidad de psiquiatría. Disponible en: <https://www.formacurae.es>

Capítulo 466

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

La atención asistencial a los pacientes puede efectuarse mediante dos vías de acceso, en función de las características individuales y de las enfermedades o peticiones que los pacientes presenten.

En este caso, se está hablando del centro hospitalario y de la atención primaria o centro de salud, siendo este último el tema a tratar durante el desarrollo de este trabajo.

Así, cuando los pacientes acuden a la atención primaria lo hacen por diversos motivos: consultas con médicos de cabecera, toma de bajas laborales, análisis clínicos, toma de vacunas, medicación, entre otros.

Dentro del centro de salud, se encuentra un gran personal sanitario y una figura de especial relevancia: los celadores, figura principal en la que el paciente va a estar acompañado en todo momento por el celador.

De este modo, durante el transcurso y desarrollo del presente trabajo, se van a conocer las funciones, objetivos y actuaciones desempeñadas por el celador en el centro de salud.

En líneas generales, el celador es la persona que va a proporcionar información y ayuda durante la estancia del paciente, como por ejemplo indicando las ubicaciones donde deben acudir los pacientes, realizar los correspondientes traslados de los mismos a las distintas pruebas, entre otras.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en la atención primaria.
- Desarrollar las actuaciones del celador en la atención al paciente en el centro de salud.

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 que desarrollan los celadores en el centro de salud.

Los celadores en el centro de salud son la primera persona en mantener un contacto directo y continuado sobre el paciente que acude a las instalaciones. En este sentido, el celador va a ser la única persona que va a continuar con el paciente desde su llegada hasta su salida.

Por tanto, el celador en el centro de salud debe ser una persona conocedora a la perfección de todas las ubicaciones y despachos de médicos y personal sanitario, ya que los pacientes en muchas ocasiones no conocen los destinos o habitaciones a las que deben ir, donde el celador toma gran protagonismo, acompañando a los mismos hasta la puerta de las consultas.

Cuando el paciente acude al centro de salud puede hacerlo a través de diferentes vías: bien por sus propios medios, en el servicio de ambulancia o bien puede pre-

sentar dificultades en su movilidad y precisan de la silla de ruedas. En este caso, el celador debe estar atento en la puerta del centro de salud y, cuando observe que el paciente precisa de dicho mobiliario, debe actuar con rapidez y propiciar y facilitar la silla al paciente.

De este modo, el celador va a ser el encargado de trasladar y llevar a cabo toda la movilización con el paciente, tanto si va en la silla de ruedas como si van andando. Los celadores en el centro de salud tienen la responsabilidad de realizar el reparto y recogida de documentación, traslado de los mismos, historias clínicas, muestras, etc, por todas las dependencias del servicio.

También desempeñan funciones de reposición de materiales e instrumentales sanitarios en todas las consultas y dependencias.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se destaca el papel de los celadores en el centro de salud, siendo estos un eslabón esencial para el desarrollo funcional interno del servicio.

En este sentido, gracias al desarrollo de las funciones de los celadores se logra ofrecer una sanidad de calidad adaptada a cada paciente, ya que el celador es un apoyo en la colaboración asistencial para todo el personal sanitario.

En definitiva, sin la participación de los celadores en el centro de salud es imposible que el servicio se desarrolle en su día a día, ya que los problemas de los pacientes pasan por todas las funciones y actuaciones de los celadores, sin ellos es imposible realizar ninguna actividad.

6 Bibliografía

1. El personal de celadores en los centros de salud. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones de un celador dentro del centro de salud. Disponible en: <https://auxiliarenfermeria.com>

Capítulo 467

EL CELADOR EN LA UNIDAD ESPECIAL DE PARITORIO

LETICIA CALCERRADA PEÑARRUBIA

RAQUEL SANCHEZ TOLEDO

JUAN JOSE ARENAS BUSTOS

JAIME CASTELLANOS CRIADO

MIRIAM MARTA BERNALTE TOLEDO

1 Introducción

El embarazo se puede considerar como una de las etapas más importantes para una pareja, donde tras un largo proceso se da una nueva vida a este mundo. Dicho proceso provoca cambios físicos y psicológicos para la gestante.

Durante todo el proceso de embarazo de las mujeres, se debe realizar periódicamente consultas al equipo de tocogine, así como las consultas con el personal sanitario dentro del servicio, entre los que se destacan matronas, auxiliares de paritorio, ginecólogos, etc. Así, durante las numerosas visitas e intervenciones de la mujer embarazada en la planta de paritorio, se precisa de la atención del celador para que se produzca un correcto funcionamiento del servicio.

De este modo, en el presente trabajo se va a conocer las funciones y tareas que llevan a cabo los celadores en la planta de paritorio. Para ello, se ha atendido a la Orden de 5 de julio de 1971.

Por tanto, la durante todo el trabajo se va a ensalzar la figura de los celadores en la planta de paritorio, llevando a cabo acciones determinantes tanto para el correcto funcionamiento del servicio, como en la actuación e involucración directa en la atención e intervención de tareas con la paciente embarazada.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que desarrollan los celadores en el área de paritorio.
- Desarrollas las tareas y actuaciones de los celadores en la atención directa con la mujer embarazada en el área de paritorio.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Las funciones que desarrolla el celador en el servicio de paritorio son las siguientes:

- Cuando la mujer embarazada necesita de la diversa realización de pruebas, que son estimadas por el equipo personal sanitario superior, el celador es el encargado de trasladar a la mujer hasta la realización de las mismas.
- En el traslado de la mujer embarazada, esta puede ir en camilla, por lo que el celador es el protagonista de trasladar a la mujer en la camilla, cumpliendo en todo momento el correcto traslado.
- A la mujer embarazada se le realizan numerosas muestras dentro del servicio de paritorio, como es el caso de muestras de orina, de sangre, PCR, etc. Estas pruebas han de ser llevadas al laboratorio para su análisis. Por tanto, el celador de paritorio se encarga de llevar dichas muestras al laboratorio.
- El celador de paritorio también se encarga de reponer y velar por qué no se produzca una insuficiencia de material sanitario dentro del servicio. Por ello, en cualquier momento las auxiliares de enfermería le pueden realizar una llamada

a través de un teléfono busca, con el propósito de acudir a farmacia para recoger material, o por el contrario para llevarse el exceso de algún útil.

-El celador de paritorio vela por el control del horario de visitar y el correcto cumplimiento de las normas, es decir, el celador controla que en la sala de espera no se produzca aglomeraciones, evitando así cualquier tipo de ruido que perturbe la estancia de los pacientes, tanto del servicio de paritorio como los servicios colindantes.

-Cuando la mujer es trasladada de la camilla de planta hasta el servicio de paritorio, el celador debe asegurarse la correcta colocación de la paciente. Además, una vez que llega al servicio de paritorio, se realiza el traslado de una camilla a otra por parte del celador.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo, se destaca la gran labor realizada por el personal del celador en el servicio de paritorio, cumpliendo con tareas determinantes que facilitan el trabajo cooperativo y colaborativo de todo el personal sanitario que trabaja dentro del servicio, así como su empeño y dedicación.

Por otro lado, se afirma que con las funciones que lleva a cabo el celador de paritorio, se consigue ofrecer una sanidad de calidad y eficaz para la paciente embarazada. Así, el celador con su disposición para la realización de tareas y labores en cualquier momento, es un pilar fundamental en este servicio.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en el área de paritorio. Disponible en: <https://fisiostar.com>
2. El celador y la paciente embarazada. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 468

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DESTINADO EN EL CALL CENTER DE LLAMADAS PARA LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

En el comienzo de la pandemia Covid-19, ante la gran demanda de los usuarios y ciudadanía de los servicios sanitarios, se colapsaron las consultas y las urgencias de atención primaria, las urgencias hospitalarias eran un caos, y en definitiva el acceso del usuario al sistema sanitario era muy complicado.

En atención primaria sufrieron una avalancha de usuarios enfermos que fue imposible atender por los médicos y los medios administrativos con los que se contaba.

Esta situación, en Castilla la Mancha, como en el resto de las comunidades del país, supuso una situación límite nunca vista, y se hacía necesaria la creación de algún mecanismo para una atención sanitaria y adecuada a las circunstancias.

En la comunidad autónoma de Castilla la Mancha se creó en octubre de 2020 el Call Center regional de llamadas, con el objetivo de acelerar y mejorar la accesibilidad al usuario a la atención primaria de salud. En principio el servicio funcionó perfectamente, recibiendo una media de cuarenta mil llamadas de diarias de usuarios que demandaban alguna cuestión o solicitaban alguna cita.

De este modo el Call Center, se formó como una unidad que mantuviera esa accesibilidad al usuario y de esta manera liberar el trabajo agobiante de los profesionales de atención primaria.

En el Call Center regional se atienden las llamadas recibidas por los auxiliares administrativos, protagonistas de este capítulo.

2 Objetivos

-Describir las funciones que el auxiliar administrativo desarrolla en el Call Center de Castilla La Mancha.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Call Center regional, existen catorce unidades recogiendo todas las gerencias de atención primaria de la comunidad autónoma de Castilla La Mancha, trabajan auxiliares administrativos, unos ciento cincuenta actualmente.

Para liberar el trabajo y el exceso de la acumulación de llamadas en espera de los usuarios que realizan a su centro de salud de atención primaria, las llamadas realizadas a estos mismos centros, al no ser atendidas, saltan a una unidad de Call Center, donde el auxiliar administrativo al cargo, recoge dicha llamada e intenta solventar las dudas o las peticiones del usuario.

Estas llamadas entrantes en el Call Center, pueden provenir de otra provincia distinta donde se ubica el Call Center, cuyo objetivo, es que más del noventa por ciento de las llamadas sean atendidas.

El auxiliar administrativo del Call Center regional tiene entre las funciones y por ende entre las llamadas recibidas, la gestión de las consultas de cita previa para el médico de cabecera de su centro de salud. De este modo, un usuario que está llamando a su centro de salud para solicitar una cita con su médico de familia, no obtiene respuesta por parte de los auxiliares administrativos del centro, la llamada inmediatamente, salta a una unidad Call Center, donde el auxiliar administrativo le proporciona la cita programada. En el caso, que el usuario, desee, información de cuantas citas tiene o qué días las tiene, el profesional, del mismo modo, le da la oportuna información.

El auxiliar destinado en la unidad regional, también desarrolla la función de gestionar los partes de incapacidad laboral temporal, es decir, vía telefónica emite el consiguiente parte de revisión a la próxima cita del médico de cabecera, sin tener que contactar con el mismo. Actualmente el trabajador ya no tiene que trasladar estos partes a la empresa, sino que el sistema sanitario lo envía directamente, facilitando la vida del trabajador.

Del mismo modo, el auxiliar administrativo también organiza las agendas de las urgencias que vía telefónica estén entrando al centro de salud y no son atendidas, así como atiende todas las dudas referentes al sistema sanitario que el usuario le demande.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el Call Center regional tiene una jornada repleta de llamadas, que resuelve con amabilidad y eficacia, teniendo en cuenta que se pretende liberar carga de trabajo a la atención primaria, sin el menoscabo, en la atención de calidad al usuario.

Al mismo tiempo, el auxiliar administrativo, tiene que tener una formación fuerte y completa en los programas manejados en atención primaria, como el Turriano, porque al acceder a las agendas médicas, de urgencias y de enfermería, tiene que tener conocimiento exacto de lo que está haciendo, para no alterar ni descolocar la programación de las mismas.

6 Bibliografía

1. El call center y el auxiliar administrativo. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. La labor del auxiliar administrativo en la atención telefónica de un call center. Disponible en: <https://revistamedica.co>,

3. El Call Center de llamadas. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es>

Capítulo 469

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

En el servicio de las urgencias hospitalarias del centro sanitario se encuentran trabajando un equipo humano y profesional, formado por el personal sanitario, el personal de gestión y servicios y los profesionales de otras empresas externas adjudicatarias de ciertos servicios hospitalarios.

Entre el personal sanitario que se pueden encontrar en las urgencias hospitalarias se encuentran los médicos de urgencias, los médicos especialistas de cualquier rama, el personal de enfermería, compuesto por las enfermeras y los TCAE.

Del personal de gestión y servicios, los auxiliares administrativos y los celadores, son los representantes más significativos el grupo. Además ejercen su labor el personal de seguridad privada y las limpiadoras, ambos pertenecientes a empresas externas contratadas por el centro hospitalario.

Cada uno de ellos tiene unas funciones delimitadas y concretas, pero el conjunto de todos ellos, hace posible que el servicio de las urgencias hospitalarias de cualquier centro hospitalario funcione con garantía y calidad durante todos los días del año, las veinticuatro horas del día.

En la entrada del servicio de urgencias se encuentran, en primera línea de atención al paciente, los celadores, que son los encargados de la recepción del paciente. Seguidamente el celador siempre acompaña al mismo hasta el servicio de admisión de urgencias, donde el auxiliar administrativo le atiende.

2 Objetivos

-Dar a conocer las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo en el servicio de admisión 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

Los usuarios que llegan al servicio de urgencias pasan a ser pacientes del mismo en el momento en que el auxiliar administrativo del servicio le da entrada. Qué significa “dar entrada”. Esto quiere decir que el auxiliar administrativo le pide los datos de filiación a la seguridad social, es decir, la cartilla sanitaria. En este mismo momento, ya pasa a ser paciente.

El auxiliar administrativo, dentro del programa informático, Mambrino, le anota los datos, nombre, apellidos, domicilio y población, reiterándole los mismos, y preguntando cuál es la causa de acudir al servicio de urgencias.

El auxiliar con estos datos genera una carpeta, donde introducirá, los informes que el paciente traiga, de su médico de cabecera, pues pudo haber sido derivado del centro de salud de atención primaria, y otros documentos que el paciente desee entregar. Junto a esta carpeta, el auxiliar administrativo, agrega del mismo,

la etiqueta identificativa del paciente, que deberá llevar en la muñeca en todo momento, mientras dure su estancia en urgencias.

Otros usuarios, indocumentados, solamente portan la solicitud de asistencia sanitaria gratuita, son indocumentados porque proceden de otros países y su situación no es aún regular. En estos casos el auxiliar administrativo, abre una historia nueva al paciente, donde anota los datos que posee el paciente, y siguiendo el protocolo abre una carpeta con la pulsera identificativa.

Esta carpeta es recogida por el celador que traslada al paciente a triaje, para seguir el circuito que corresponda en las urgencias, derivación a boxes, especialidades, etc...

Muchos pacientes acuden en el servicio de ambulancias, y el alta médica de urgencias se plantea del mismo modo. El auxiliar administrativo, entre sus funciones, tiene que gestionar la petición de ambulancias, de dos modos simultáneos, uno informáticamente, solicitud de transporte individual, generando la petición que archiva hasta la salida del paciente; y otra, de manera telefónica, llamando al centro coordinador de ambulancias y demandando el servicio.

Las carpetas creadas en la entrada del paciente, son recogidas por el celador en las altas médicas, y entregadas al servicio de admisión de urgencias. El auxiliar administrativo rescata de estas carpetas toda la documentación sanitaria generada del paciente por su paso por urgencias, guardando dicha documentación, graficas de analíticas, electrocardiogramas, etc., en un sobre con el nombre del paciente, que posteriormente se mandará al servicio de archivos para su inclusión en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de admisión de las urgencias hospitalarias es abundante y estresante. Los usuarios acuden en masa al servicio y muchas ocasiones, no saben respetar el turno de llegada, o por la gravedad del caso, o por la llegada de pacientes en estado crítico en la UVI, lo que el auxiliar prioriza primeramente.

En este servicio, que funciona durante todo el día, los turnos nocturnos, únicos existentes en el centro hospitalario para el auxiliar administrativo, alteran los ciclos del sueño del mismo. Por este motivo, en estos puestos los profesionales deben estar acostumbrados a este tipo de turnos, motivo por el cual son puestos que, en la movilidad interna del centro hospitalario, se quedan descubiertos.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del auxiliar administrativo respecto a sus funciones en el servicio de admisión de urgencias hospitalarias.

6 Bibliografía

1. La importancia del auxiliar administrativo en el servicio de urgencia. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
2. Qué hace un auxiliar administrativo en la Unidad de Urgencias. Disponible en: <https://revistamedica.com>
3. El auxiliar administrativo de salud en el servicio de admisión y documentación. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 470

EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MOSTRADOR DE CITAS DEL CENTRO DE SALUD

ABEL SALAZAR CANTON

ESTHER CALVO HERNÁNDEZ

TOMÁS RODRIGUEZ CHOQUE

JESSICA RUIZ GOMEZ

YOLANDA CANTON SALAZAR

1 Introducción

El mostrador de citas del centro de salud de atención primaria es la estancia donde los auxiliares administrativos, bajo, un coordinador, elegido entre los mismos, atienden a todos los usuarios que llegan al mismo. Este mostrador suele estar localizado enfrente de la puerta principal de entrada al centro de salud, para facilitar el acceso y la ubicación a los usuarios.

El mostrador está abierto al público, separado por una mampara de metacrilato, compuesta por ventanillas, por donde se atiende al público. Estas mamparas no solo protegen al auxiliar administrativo, sino que también es para la propia seguridad del usuario, existiendo una ventanilla más baja para la atención de las personas que acceden en silla de ruedas.

En el mostrador de citas, se atiende, desde la consulta presencial, como las consultas telefónicas de los usuarios. En las consultas presenciales, existe un riguroso orden, funcionando con la fórmula de la vez, y conservando el orden en la fila correspondiente.

Cada fila está colocada en la ventanilla pertinente de la demanda deseada, pedir cita programada con el médico de cabecera, pedir cita con el volante para especialista, pedir cita para analítica y otras demandas.

En todas estas ventanillas el auxiliar administrativo ejerce su trabajo diario, no exento de dificultad y de carga del mismo.

2 Objetivos

-Dar a conocer el trabajo diario que realiza el auxiliar administrativo en el mostrador de citas del centro de salud 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

El auxiliar administrativo a primera hora de la mañana imprime en papel las agendas de cada médico y enfermero del centro de salud, que posteriormente serán recogidas por los facultativos para orientación en su consulta propia.

Estas agendas diarias puede ser alteradas in situ, en el mismo momento de sacarlas, por la enfermedad prevenida de algún facultativo, por causas mayores surgidas a los mismos, etc..., entonces, el auxiliar administrativo tiene que repartir el número de pacientes del día en las otras agendas, imprimiendo otras listas nuevas con la incorporación de los nuevos pacientes.

El auxiliar administrativo atiende las llamadas telefónicas entrantes, para la programación de citas médicas, anotando el nombre del paciente para el día programado en la agenda médica correspondiente. Esta situación se producirá multitud de ocasiones en el turno de trabajo.

Los pacientes cuando salen de la consulta de su médico, pueden hacerlo, con un volante expedido por aquel para pedir cita programada con algún especialista, el auxiliar administrativo es el encargado de dar esta cita al paciente, imprimiendo la misma en papel y entregando el volante al mismo paciente. En otros casos, el paciente, sale con un volante para una analítica, y el auxiliar tiene que dar la cita programada, informando al paciente, que se encuentre en ayunas el día en cuestión y que acuda a las ocho en punto de la mañana.

El auxiliar administrativo del mostrador de citas, está en continuo contacto, con el celador y el auxiliar de enfermería del centro de salud, caso de necesidad de entrega o traslado de algún documento o informe a alguna consulta en concreto. La petición de recetas médicas sin consulta, es otra de las funciones de los auxiliares administrativos del mostrador. Supone que cada médico del centro tiene unos casilleros en el mostrador con su nombre, y por no hacer largas listas de espera en las agendas médicas, los pacientes crónicos con una medicación pausada recurrente, el auxiliar administrativo le entre el impreso par que rellene el nombre del paciente y los medicamentos deseados, colocando dicho impreso en el casillero del correspondiente facultativo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en el mostrador de citas del centro de salud es un trabajo dinámico y continuo, que exige una entrega en todo momento y la atención al usuario que no deja de acudir al centro. Es un trabajo estresante lleno de vida. El auxiliar administrativo debe manejar, tanto los programas informáticos establecidos en atención primaria, como los establecidos en la atención especializada. En ambos casos, debe actuar con profesionalidad y buen hacer, para no cometer errores que puedan dar lugar a esperas innecesarias en las listas programados a los pacientes. El trabajo cara al público exige que el auxiliar administrativo sea una persona amable y empática, y con resolución de conflictos, pues en el mostrador aparecen frecuentemente.

6 Bibliografía

1. El trabajo del auxiliar administrativo en la atención primaria. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
2. El auxiliar administrativo en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>

3. El auxiliar administrativo y su función en la atención al paciente. Disponible en: <https://congresosicepa.com>

Capítulo 471

EL FONTANERO Y LAS DISTINTAS FUNCIONES EN UN HOSPITAL

JUAN CANO PATERNA

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

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.

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. 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

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

Por supuesto, no son los únicos; estos son solo los roles y responsabilidades más típicos del personal de fontanería en un centro hospitalario.

- Se pueden instalar sistemas de agua potable y no potable con la aprobación de un plomero calificado. Primero debe medir la presión del agua para decidir si se requiere o no una bomba con más potencia en este caso. Tanto en el ámbito del agua potable como del agua no potable, será el encargado de resolver las incidencias que puedan surgir.
- Eliminación de fugas: De manera similar, un plomero puede ayudarlo a prevenir fugas de agua provocadas por fugas. También se encargará de repararlos, suponiendo que ya hayan sucedido. Es la mejor persona para despedir las filtraciones.
- Destape las tuberías: si las tuberías dentro de los hospitales comienzan a apestar o se obstruyen, un plomero calificado puede solucionar el problema. Gracias a los esfuerzos del plomero, las tuberías ya no producirán olores desagradables.

- **Instalación de grifería:** Ya sea para el baño o la cocina, un plomero es la mejor persona para ayudarte con esta tarea. Él es responsable de brindar asesoramiento sobre los mejores materiales en función de los requisitos y los fondos disponibles. Él también será quien instale todo más tarde y se asegure de que funcione sin problemas.
- **La instalación y mantenimiento del sistema de calefacción.**
- **Mantenimiento de sifones:** Estas partes vitales de los sistemas de drenaje sirven como filtros para desechos sólidos en tuberías y malos olores en baños. Están contruidos con materiales metálicos o poliméricos y se ubican cerca de la evacuación de los dispositivos. En términos generales, las trampas se limpiarán cada seis meses o cada vez que comiencen a obstruirse. Normalmente se utilizan tapones y juntas de goma para registrarlos.

5 Discusión-Conclusión

Todo tipo de personal de mantenimiento debe ser empleado por un centro hospitalario para llevar a cabo una variedad de tareas esenciales para que funcione correctamente.

Cada tipo de mantenimiento se centra principalmente en los objetivos establecidos en el plan de mantenimiento del hospital.

Una herramienta fundamental y crucial para la seguridad de los hospitales es el mantenimiento preventivo realizado por profesionales de la fontanería.

Para prevenir cualquier tipo de incidente con pacientes o usuarios, el personal de fontanería debe actuar con rapidez ante cualquier avería en los centros sanitarios. Por eso es necesaria la rápida actuación por parte del personal de fontanería ante cualquier tipo de avería en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 472

EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y LAS SOLDADURAS EN TUBERÍAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

JUAN CANO PATERNA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

1 Introducción

Las juntas creadas por fusión o adhesión se denominan con frecuencia " las soldaduras". Las piezas están firmemente sujetas a él.

Esta es una de las acciones que los fontaneros realizan con más frecuencia. Los dos tipos de unión son los siguientes /(1).

- Unión por Fusión: Cuando se calientan dos cuerpos, sus bordes o las superficies se derriten, y cuando vuelven a solidificarse, los dos cuerpos se unen.

- Unión por adhesión: El uso de una varilla o material de aporte que funde a menor temperatura evita que los metales a unir se fundan. Deben calentarse a una temperatura lo suficientemente alta para que el metal de aporte se adhiera a ellos (1).

Los diversos tipos de soldadura incluyen los siguientes, según el proceso y los materiales que se unen:

- Soldadura oxiacetilénica. Está hecho de una llama de oxiacetileno, que puede arder a temperaturas extremadamente altas 1.
- Soldadura por arco con base eléctrica. En este proceso se lleva a cabo con la ayuda de una máquina de soldadura por arco eléctrico y una varilla metálica conocida como "el electrodo".

Soldadura a baja temperatura. Los aparatos más utilizados son las antorchas y las lámparas de propano y de butano.

2 Objetivos

Conocer qué tipo de soldaduras hay y las funciones del personal de mantenimiento como es el fontanero de un hospital.

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

Dependiendo de los materiales a unir, las técnicas de soldadura adecuadas que debe manejar el personal de fontanería, son las siguientes:

- Tubos de plomo:

1. La boca de un tubo está ensanchada mientras que la boca del otro está achaflanada o achaflanada para preparar mejor los bordes del tubo para el acoplamiento.
2. Se coloca un tubo dentro del otro.
3. Soldadura. Para este procedimiento, primero se calienta ligeramente el área a soldar y luego se frota con una grasa de soldadura llamada estearina, que tiene propiedades solventes y lubricantes que facilitan la adherencia del metal de aporte.

Luego, la barra de metal de aporte hecha de una aleación de estaño y plomo se coloca en el punto de soldadura y se calienta con una lámpara o soplete hasta que se funda y se adhiera a las juntas de los tubos.

- Tubos de Cobre:

La unión del tubo de cobre se suelda mediante una técnica conocida como "soldadura capilar". La propiedad física de los materiales, por la que los líquidos ascienden entre sus paredes, sirve de base para este sistema.

Esta propiedad establece que si vamos a soldar un tubo y un manguito, el primero se introduce en el segundo, dejando un pequeño espacio entre ambos. Cuando se calienta, el metal de aporte o de "soldadura" sube a través del espacio libre mencionado anteriormente. Debido al fenómeno de capilaridad mencionado anteriormente, el metal de aporte asciende con mayor facilidad cuanto menor es éste. Del mismo modo, es fundamental que ambos estén calibrados con precisión.

Los tubos pueden estar en cualquier posición horizontal, vertical, etc., para realizar este tipo de soldadura.

Los pasos en el proceso de soldadura capilar son los siguientes:

1. Barrer y pulir. Con lana de aluminio, limpie el extremo del tubo.
2. Desoxidación. Consiste en limpiar la fina capa de óxido existente y aplicar un fundente o fundente a los componentes que se van a soldar.
3. La unión de las piezas requiere acoplamiento, lo que implica girar el accesorio después de insertar el tubo.
4. Calefacción. Al mover la llama alrededor de la junta mientras se usa la lámpara de gas para calentar las piezas, el desoxidante se calienta uniformemente hasta que se convierte en un líquido transparente.
5. Aplicación de material de entrada. Cuando la soldadura o varilla se aplica entre el tubo y el accesorio, se funde y penetra llenando el hueco, como consecuencia del calentamiento previo, que provoca la evaporación del desoxidante. Cuando un anillo de soldadura rodea el accesorio después de que la llama se haya extinguido, la soldadura está completa.

La soldadura blanda que se utilizará está hecha de una aleación de plomo y estaño que contiene 50% de estaño. También existen otras soldaduras blandas que utilizan una aleación de estaño con plata o antimonio.

6. Limpieza de las soldaduras. Consiste en frotar con un paño después de remojar las piezas en agua caliente mezclada con sosa cáustica al 10% para eliminar los restos de desoxidante.

5 Discusión-Conclusión

Hay muchas técnicas de soldadura diferentes que se pueden utilizar, dependiendo del resultado deseado. La gran mayoría de estos utilizan calor extremadamente alto para "simplemente" unir los materiales sin derretirlos. Sin embargo, todavía hay otras opciones, como la soldadura de materiales de estado sólido.

La unión sólida de varias piezas de metal es lo que es la soldadura, en su forma más simple. Esta unión se logra calentando los metales y derritiendo las dos piezas.

Debido a que se pueden categorizar diferentes técnicas de soldadura según el tipo de material, la máquina de soldar y el tipo de trabajo a realizar, los profesionales de fontanería deben recibir capacitación especializada para manejar los diversos tipos de soldadura.

6 Bibliografía

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

Capítulo 473

EL FONTANERO DE UN HOSPITAL Y LAS POSIBLES CORROSIONES DEL AGUA EN UN HOSPITAL

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

JUAN CANO PATERNA

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

1 Introducción

La corrosión es el proceso por el cual un metal se degrada y pierde algunas de sus propiedades al reaccionar química o electroquímicamente con su entorno. La corrosión también puede ser el resultado de ácidos, dióxido de carbono u oxígeno disuelto en el agua. Un ataque químico comienza en la superficie y se propaga internamente. Hay varias áreas de la superficie metálica que sirven como ánodo y cátodo. Mientras que la difusión de electrones en la zona catódica da como resultado una reacción con el oxígeno disuelto, los iones metálicos de la zona anódica se oxidan por difusión a través de la matriz metálica.

Los sistemas de distribución pueden afectar la calidad del agua potable como resultado de problemas de plomería y operación del sistema. La corrosión, las incrustaciones y los depósitos en el sistema de distribución son otros problemas

importantes en el sector del agua potable; estos problemas pueden tener un efecto en la salud de las personas, cómo ven el suministro de agua y cuánto cuestan los suministros de agua segura.

Las incrustaciones y los depósitos pueden tener un efecto adverso en las piezas móviles, particularmente en las palas y válvulas de las turbinas de vapor. Las incrustaciones se crean en este caso por la deposición de sales de calcio y magnesio, sílice y varios compuestos de hierro. El resultado es un rotor de turbina de vapor que se degrada rápidamente, válvulas sueltas y un rotor desequilibrado.

2 Objetivos

Conocer el papel del fontanero del hospital ante las posibles corrosiones del agua.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

El diseño de tuberías y edificios puede ser tan crucial como la elección de los materiales de construcción. Incluso en materiales que pueden ser extremadamente resistentes a la corrosión, un diseño defectuoso puede provocar una corrosión severa.

Cubrir las paredes de la tubería con una capa protectora es otro método para evitar que el agua corrosiva entre en contacto con ellas. Por lo general, estos recubrimientos se aplican mecánicamente cuando se fabrica la tubería o justo antes de la instalación. Aunque a menudo todavía es posible aplicar revestimientos después de que la tubería se haya puesto en uso, el proceso es significativamente más costoso en esta situación.

Como ya se mencionó, las consecuencias más dañinas de un control químico deficiente son la corrosión y las incrustaciones, que también tienen un impacto negativo en los desequilibrios de los equipos rotativos, las pérdidas de rendimiento, las pérdidas de material y las roturas.

Hasta cierto punto, todas las aguas son corrosivas. Las propiedades químicas y físicas del agua determinarán su propensión a la corrosión. El tipo de sustancia con la que interactúa el agua también es crucial. Los inhibidores de agua pueden dañar algunos materiales mientras protegen a otros. La corrosión es el resultado de reacciones químicas y físicas entre el agua y los materiales de las tuberías. La corrosión también es el resultado del crecimiento biológico en un sistema de distribución porque crea un entorno para que se produzcan reacciones químicas y físicas. Los mecanismos de corrosión reales en un sistema de distribución de agua suelen ser una interacción compleja de procesos biológicos, físicos y químicos. Dependen en gran medida de las propias sustancias, así como de la composición química del agua.

Para controlar la corrosión y la formación de incrustaciones en la red y así garantizar que el consumidor reciba agua de alta calidad, es crucial comprender los factores que afectan el deterioro físico de los sistemas de distribución de agua potable y su impacto en la calidad del agua suministrada a consumidores.

Darle al agua una cualidad ligeramente incrustante previene la formación de incrustaciones al crear una película aislante en las paredes de la tubería. Sin embargo, este fenómeno debe ser controlado para evitar obstrucciones en las tuberías, cambios en la presión e interrupción del funcionamiento de la red de agua potable.

La mejor selección de componentes del sistema y el diseño del sistema, el tratamiento químico del agua para mejorar la calidad del agua y el uso de pinturas y revestimientos resistentes a la corrosión son los métodos más populares para prevenir la corrosión.

Los materiales tradicionales tienen ventajas e inconvenientes en términos de durabilidad en el tiempo para las tuberías de la red de distribución de agua potable. Durante el transporte, la instalación y la operación a lo largo del tiempo, cada material es algo vulnerable.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los fenómenos de corrosión e incrustación conducen al deterioro de los sistemas de distribución, dando como resultado perforaciones y obstrucciones en las tuberías. Dado que las interacciones entre los materiales de la tubería y el agua pueden causar corrosión, estos fenómenos están relacionados tanto con las propiedades fisicoquímicas del agua como con el material con el que el agua entra en contacto. Al proporcionar un entorno para que se lleven a cabo los procesos fisicoquímicos, el crecimiento de biopelículas en un sistema de dis-

tribución también puede causar corrosión. La alcalinidad, el pH y los residuos de desinfectantes son las principales variables que afectan el proceso de corrosión.

6 Bibliografía

1. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169046482010000200003.

Capítulo 474

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y TRABAJO SOCIAL

VIRGINIA MARTINEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En este artículo se aborda el tema del Envejecimiento Activo (EA) desde la perspectiva del Trabajo Social.

España forma parte del grupo de países en los que la población mayor de +60 años se encuentra entre un 24-40%, pero las previsiones para 2050 indican que para esta fecha superará el 30% (OMS 2015). Este dato se debe analizar sin ningún tipo de consideración negativa de la vejez, ya que lo que manifiesta es que la esperanza de vida será mayor y las aportaciones de las personas mayores a la sociedad serán más determinantes.

El Envejecimiento es un proceso diferencial, por tanto, cada persona envejece en función de cómo haya vivido y forma parte de su elección la forma en que decida vivir esta etapa de la vida, si bien se debe procurar a todo el mundo los medios para hacerlo lo mejor posible. Influye, como resultado en la manera de envejecer no sólo la elección personal, sino el contexto histórico y social del mayor.

El Envejecimiento Activo, según la OMS, es el proceso de optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

La OMS en su Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud 2016-2020 promueve el paradigma de envejecimiento saludable con medidas de Salud

Pública para que se haga efectivo. Plantea promover el envejecimiento saludable a lo largo del ciclo de la vida y luchar contra la discriminación por edad.

Un Envejecimiento Activo, desde el punto de vista de la Sanidad, supone mantener la salud y conseguir que la persona mayor permanezca autónoma e independiente el mayor tiempo. Por eso es imprescindible abordar la salud desde una perspectiva preventiva y transversal que se incorpore a todas las políticas relacionadas con las personas mayores.

Ante este proceso de envejecimiento saludable, el/la profesional trabajador/a social tiene un gran reto. Y para ello cuenta con las propias personas que son los artífices de su propia vida. La participación es la clave.

Naciones Unidas propone el término de Envejecimiento Activo (EA) como un concepto inclusivo que integra diferentes niveles de intervención (OMS 2002). Contempla determinantes sociales, económicos, personales, conductuales, de sanidad, servicios sociales y relacionados con el entorno físico, así como los transversales género y cultura.

Se trataría, con este paradigma del Envejecimiento Activo, de trascender el incremento de la esperanza de vida; lo que implica dar más vida a los años y no sólo años a la vida.

Según datos de la OMS, Japón tiene la esperanza de vida más alta del mundo. Debido a su clima y la dieta mediterránea, España sigue de cerca a Japón. Este último, además de la dieta y del sistema de salud integrado (basado en la prevención de las enfermedades), añade su sentimiento de comunidad y el hecho de que los japoneses se esfuercen en seguir ocupados hasta el final. Para estar siempre activos, incluso cuando no hay necesidad de trabajar hay que tener un propósito en la vida ("Ikigai") que guíe a la persona a lo largo de su vida y le impulse a crear belleza y utilidad para la comunidad y para sí misma.

Esto es, según los autores Héctor García y Francesc Miralles, "Ikigai", (Ed. Urano, 2023), el secreto para una larga y feliz vida como la que llevan los habitantes de la "aldea de los centenarios", una población rural situada al norte de Okinawa, Japón.

2 Objetivos

- Divulgar la importancia del Envejecimiento Activo y sus múltiples beneficios, aclarando en qué consiste y qué incluye.

- Dar a conocer el papel del profesional trabajador/a social en el proceso de EA: sus principales funciones y sus métodos específicos de actuación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tres son los pilares que conforman el concepto de EA según la OMS (2002): Participación, Salud y Seguridad. Salud como promoción y prevención de la misma, la Participación que se contempla cada vez más en actividades profesionales y no profesionales y la Seguridad (económica y personal y del entorno).

Es muy importante tener en cuenta el punto de vista de las personas mayores. Los/as Trabajadores/as Sociales (TS) tienen recogida la participación de las personas con las que intervienen como un principio ético (FITS, Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2018).

Un error muy común es asociar EA con autonomía física y cognitiva. Envejecimiento Activo es un término integrador e inclusivo que promueve la participación de todas las personas en el proceso de envejecimiento y no sólo de aquellas que son productivas o están en buen estado físico y/o mental, incluso las personas que tienen una discapacidad o se encuentran en situación de exclusión social forman parte (OMS 2002; Ludí, 2012; Sidorenko & Zaidi, 2013).

- Factores clave para facilitar el EA según la OMS.

Para facilitar el EA es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. La sanidad y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos y rentables. No debe existir discriminación por causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales sanitarios han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto.

- Gasto sanitario y EA.

El proceso de envejecimiento de la población representa un importante reto para el sistema sanitario. Generalmente, las personas incluidas en el grupo de la tercera edad suelen demandar mayor número de atenciones médicas y con mayor grado de especialización. A esto debemos añadir que el gasto farmacéutico de la Seguridad Social también ha sufrido un gran incremento en los últimos años, debido a que el importe medio de las recetas de los pensionistas es más elevado. Invertir en políticas que garanticen el Envejecimiento Activo disminuye dicho gasto.

Referente a la actuación de los/as Trabajadores/as Sociales en este ámbito, Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo en su interesantísimo estudio sobre el EA afirma que la participación de las personas mayores en un sentido amplio, es fundamental y para ello los/as Trabajadores Sociales disponen de herramientas y habilidades para trabajar junto a las personas mayores y lograr su participación efectiva. También relata que las políticas de EA deberían abordarse a lo largo del proceso vital de las personas y no sólo a partir de la edad de jubilación. Apunta a que hay que considerar esta etapa vital en clave de derechos y no de tutela y cuidados.

Efectivamente, debemos dejar de lado paternalismos de épocas anteriores y reforzar derechos y deberes personales y sociales.

Como metodologías propias del Trabajo Social se utilizarían: atención centrada en la persona, desarrollo comunitario y trabajo en red.

Desde la Atención Primaria Sanitaria, el/la Trabajador/a Social Sanitario/a participará en la elaboración de los programas dirigidos al individuo y a la Comunidad para favorecer los hábitos saludables, aportando al resto del equipo de profesionales la visión del contexto social, familiar y cultural en el abordaje de la salud.

El trabajo social sanitario se engloba dentro de los Servicios Sociales Especializados.

Entre sus funciones, destacan:

- Identificar los factores y situaciones de riesgo social en relación con la salud, tanto en individuos como en familias y comunidades.
- Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del individuo en su proceso de salud-enfermedad.
- Proporcionar a la persona enferma, la familia y a la comunidad orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento, tanto en la integración como en la gestión de prestaciones o servicios.
- Fomentar la participación de profesionales de la salud en actividades comunitarias dirigidas a la población para crear entornos más saludables.

- Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales, así como otros que garanticen una atención integral.
- Fomentar la promoción y prevención de la salud, teniendo en cuenta a aquellos colectivos más vulnerables, por causa de enfermedad o exclusión social.
- Coordinar la gestión de recursos con otros sistemas o administraciones.
- Registrar el proceso de atención a los usuarios para emitir, cuando sea preciso, el correspondiente informe social.

Todas estas funciones son comunes con el Trabajo Social Gerontológico.

Al hilo de esto los talleres de Envejecimiento Activo enfocados al empoderamiento y la prevención de la dependencia son muy importantes.

Son objetivos típicos de estos talleres:

- Mantener la actividad física.
- Realizar tareas que ya gusten o descubrir nuevas.
- Alimentar nuestro cerebro. (Club de lectura)
- Mantener relaciones socio- afectivas.
- Estimulación cognitiva para la prevención de deterioros mentales.
- Orientación para el cuidado de los cuidadores.
- Manejo de nuevas tecnologías.

Siempre prestando especial atención a la prevención de la soledad no elegida que tantos problemas físicos y psíquicos provoca en las personas de edad avanzada.

El Trabajo Social es una de las disciplinas con competencias para promover el Envejecimiento Activo y esto dentro de un marco como en el que nos encontramos en la actualidad: Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 (OMS 2020).

5 Discusión-Conclusión

Envejecimiento Activo (EA) y Trabajo Social (TS) están estrechamente unidos.

El EA es un concepto inclusivo. Abarca a toda la población y no sólo a la que es autosuficiente y productiva. Es de primordial importancia su aplicación a través de políticas que lo promuevan, lo que revertirá en un descenso del gasto sanitario al prevenir dependencias y enfermedades, por lo general típicas de esta etapa de la vida. El EA debería promoverse a lo largo de todo el ciclo vital de la persona y no sólo a partir de la edad de jubilación.

En el ámbito sanitario, el/la Trabajador/a Social aporta al resto del equipo de profesionales la visión del contexto social, familiar y cultural. Con sus técnicas e

instrumentos propios y aplicando también una metodología exclusiva, el Trabajo Social es una de las disciplinas fundamentales con competencias para promover el Envejecimiento Activo y clave en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

1. Pérez Villar, J., Muñoz de Dios, M. D., & Serrano Lorenzo, Y. de la C. (2023). El rol del profesional de trabajo social en el envejecimiento. *Novedades En Población*, 16(Especial). Recuperado a partir de <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/499>.
2. Pepa Boté Fernández. (2013) Intervención según desarrollo vital. El Trabajo social Sanitario en adultos, Atención Primaria y Especializada. UOC (Universitat Oberta de Catalunya).
3. Ana Belén Cuesta Ruíz-Clavijo. (2021) Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social. Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones.
4. FADEMUR (Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales) y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. (2021) Talleres de envejecimiento activo. Cuidándonos para un futuro mejor. Campaña de sensibilización y difusión del envejecimiento activo y saludable. Manual para Entidades y Administraciones Locales.
5. Manuel Martín García. (2012). Trabajo Social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Consejo General del trabajo Social.
6. Natividad de la Red Vega, Nadezna de la Red Fadrique, Gustavo González Gallego. (2012). Envejecimiento activo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Consejo General del trabajo Social.
7. Héctor García & Francesc Miralles (2023) *Ikigai*. Editorial Urano.
8. UNIR. la Universidad en Internet. (2022) Las Funciones del Tabajador Social Sanitario en centros de salud y hospitales. *Ciencias Sociales*. UNIR Revista.

Capítulo 475

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD EN EL TRABAJO DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

ALICIA TALAYA NAVARRO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

- En el complejo y demandante ámbito de la sanidad, la figura del telefonista adquiere un papel protagonista siendo el primer punto de contacto entre los pacientes y los servicios médicos. Su eficiencia y calidad en el trabajo son aspectos fundamentales para garantizar una atención óptima y oportuna a aquellos que buscan asistencia médica. Los desafíos que enfrentan los telefonistas en este entorno son numerosos, ya que deben lidiar con una gran cantidad de llamadas, a menudo de naturaleza urgente o sensible, y asegurarse de que cada consulta sea atendida con profesionalismo y empatía.
- La mejora de la eficiencia y calidad en el trabajo del telefonista en el ámbito de la sanidad no solo tiene un impacto positivo en los pacientes, sino que también

contribuye a una gestión más efectiva de los recursos y una mayor satisfacción del personal. En esta era de avances tecnológicos y crecientes expectativas de atención al cliente, es imprescindible que los telefonistas estén equipados con herramientas y habilidades adecuadas para hacer frente a los desafíos que se presentan diariamente en su labor.

- En este texto, exploraremos detalladamente algunas estrategias clave que pueden implementarse para mejorar la eficiencia y la calidad en el trabajo del telefonista en el ámbito de la sanidad. Desde la importancia de una capacitación y formación especializada, hasta la implementación de sistemas de gestión de llamadas y el fomento de un trato empático y humano, cada una de estas estrategias juega un papel crucial en la optimización de la atención al paciente y en la consolidación de una imagen positiva de la institución médica.

2 Objetivos

Realizar un estudio de todos los factores que influyen en la operativa diaria del telefonista en sanidad para poder detallar las estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad en el trabajo del telefonista en el ámbito de la sanidad.

3 Metodología

En cuanto a la metodología utilizada para escribir este capítulo, ha sido a través de una revisión bibliográfica, utilizando para ello búsquedas sistemáticas de normativa, legislación y artículos, empleando buscadores e introduciendo palabras clave como atención primaria, estrategias del telefonista, además se ha utilizado la propia experiencia que hemos acumulado a lo largo de los años trabajando como telefonista.

4 Resultados

Tras la recopilación de información de diferentes fuentes procederemos a destacar las estrategias a seguir para un mejor funcionamiento en el puesto de trabajo del telefonista en el ámbito sanitario:

1. Capacitación y formación especializada: Una de las bases fundamentales para mejorar la eficiencia y calidad del trabajo del telefonista en el ámbito de la sanidad es asegurar que cuenten con una capacitación adecuada y una formación especializada. Esto incluye enseñarles sobre terminología médica básica, procedimien-

tos de emergencia, información sobre servicios médicos disponibles y manejo de situaciones sensibles. Al estar bien informados, podrán responder con precisión a las preguntas de los pacientes y direccionar las llamadas de manera adecuada, reduciendo la posibilidad de errores y malentendidos.

2. Implementación de sistemas de gestión de llamadas: La adopción de sistemas de gestión de llamadas eficientes puede marcar una gran diferencia en la productividad del telefonista. Estas herramientas permiten organizar las llamadas de manera ordenada, reducir el tiempo de espera y proporcionar una mayor eficiencia en la distribución de las consultas. Asimismo, la implementación de un sistema de citas automatizado y recordatorios puede disminuir la cantidad de llamadas perdidas y optimizar el tiempo del personal.

3. Fomentar la empatía y el trato humanizado: Los telefonistas son la cara de la institución médica para aquellos que buscan atención. Fomentar la empatía y el trato humanizado hacia los pacientes durante las llamadas puede marcar una gran diferencia en la percepción de la calidad del servicio. Escuchar activamente, mostrar comprensión y responder con amabilidad pueden brindar consuelo y confianza a quienes se encuentran en momentos de preocupación o dolor.

4. Monitoreo y retroalimentación continua: Es fundamental establecer un sistema de monitoreo y retroalimentación continua para evaluar el desempeño del telefonista. Mediante el seguimiento de las llamadas, se pueden identificar áreas de mejora y proporcionar una capacitación adicional en caso necesario. La retroalimentación constructiva también ayuda a motivar al personal y a mantener altos estándares de calidad en su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir el presente capítulo diremos que la eficiencia y la calidad en el trabajo del telefonista en el ámbito de la sanidad son esenciales para garantizar una atención médica efectiva y satisfactoria para los pacientes. La capacitación especializada, la implementación de sistemas de gestión de llamadas, el fomento de la empatía y el monitoreo continuo son estrategias clave que pueden contribuir significativamente a mejorar el desempeño de estos profesionales. Al optimizar el flujo de comunicación y brindar un trato humano y atento, los telefonistas desempeñan un papel crucial en la experiencia positiva del paciente en el ámbito de la sanidad.

6 Bibliografía

1. Ueda, V. (2002). ¡Dígame! El trabajo de las telefonistas en las centrales telefónicas: un estudio comparado. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*.
2. Sánchez, A. Á., & Navarro, J. J. G. (2020). *Comunicación y atención al cliente*. Editorial Editex.
3. Díez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73(20), 27-34.
4. Díez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73(20), 27-34.
5. Comino, M. J. Á. (2016). Relación y comunicación eficaz con los pacientes, los familiares y el equipo asistencial: COMPETENCIA: Relaciones Interpersonales.
6. In Competencias en las prácticas clínicas en ciencias de la salud: guía de estrategias y recursos para su desarrollo y evaluación (pp. 69-90). Editorial Médica Panamericana.
7. Hernández Rosado, M., Lluesma Rojas, M. D. L. C., & De Veras Olivera, B. (2019). Hacia una comunicación eficaz. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38(2).
8. García, A. A. M. (2012). Habilidades de comunicación: técnicas para la comunicación eficaz.
9. Illán, J. F. R. (2021). *Comunicación efectiva y trabajo en equipo*. Ediciones de la U.

Capítulo 476

FUNCIONES, COMPETENCIAS Y HABILIDADES CRUCIALES POR EL DESEMPEÑO DEL TELEFONISTA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

ALICIA TALAYA NAVARRO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

En el ámbito de la atención primaria, las competencias que desarrolla el telefonista en atención primaria son esenciales. El rol que el telefonista desempeña es un papel crucial en el funcionamiento eficiente y efectivo de un centro de salud, para dar el mejor servicio a todos los pacientes que lo necesiten.

Como primer punto de contacto para los pacientes, el telefonista debe poseer una serie de competencias y habilidades que les permitan brindar un servicio de calidad y atender las necesidades de aquellos que buscan atención médica. En

este texto, exploraremos las competencias fundamentales que un telefonista debe desarrollar para desempeñar su función de manera exitosa, ya que en la mayoría de los casos es el primer contacto con la atención primaria.

Además tendremos que añadir que las funciones de los telefonistas en atención primaria son muy importantes, ya que son responsables de gestionar información médica de los pacientes, siendo estos trámites muy delicados debido a que esta información se considera confidencial. Esto conllevará el encargarse de tramitar las citas y registrar todo lo relativo a los resultados de tratamientos y pruebas. Para todo ello tendrán que ir cumpliendo en todo momento las leyes y normativas relativas a protección y seguridad de los pacientes de atención primaria.

2 Objetivos

Desarrollar las principales competencias y habilidades que tiene la figura del telefonista en el ámbito de la atención primaria.

3 Metodología

En cuanto a la metodología utilizada para escribir este capítulo, ha sido a través de una revisión bibliográfica, utilizando para ello búsquedas sistemáticas de normativa, legislación y artículos, empleando buscadores e introduciendo palabras clave como atención primaria, competencias del telefonista, además se ha utilizado la propia experiencia que hemos acumulado a lo largo de los años trabajando como telefonista.

4 Resultados

Procederemos a desarrollar las principales competencias que tiene que desempeñar el telefonista en atención primaria, englobándolas en los siguientes apartados:

- **Habilidades de la comunicación:** El Trabajador que desempeñe funciones de telefonista en atención primaria tiene que tener la habilidad de comunicarse de manera muy clara y efectiva. Esto conlleva tener una clara dicción, manejar un tono cortés y amable, prestar oídos a las necesidades de los pacientes. Además, tiene que ser capaces de dar la información médica de una manera sencilla, precisa y comprensible, ofreciendo instrucciones concisas y claras sobre citas y procedimientos.

- **Conocimiento del sistema de salud:** El trabajador que desempeñe las funciones del telefonista debe de estar formado para conocer los servicios y estructura del sistema de salud que ofrece el centro donde desempeña sus labores. Para ello debe tener conocimiento de los diferentes departamentos y servicios médicos, además de poseer conocimiento en los programas informáticos de citas y gestiones del centro de salud. Esto permitirá ofrecer la información necesaria que los pacientes y derivados demanden para sus necesidades.
- **Gestión de la organización el tiempo de trabajo:** La manera de gestionar el tiempo de manera efectiva es primordial para el trabajo de un telefonista en atención primaria. Hay que ser capaz de dar prioridad a las llamadas entrantes para mantener un control y registro preciso de las citas programadas y tener la capacidad de coordinar la agenda del centro de atención primaria. Son competencias a valorar la organización de poder manejar varias tareas simultáneamente para desarrollar una atención adecuada y eficiente.
- **Empatía y manejo en el trabajo de situaciones difíciles:** Los trabajadores que desarrollan las tareas de telefonista en atención primaria en muchas ocasiones se encuentra con pacientes que se estén en situación de ansiedad, preocupación y frustración. Para ello es muy importante que el telefonista demuestre que sabe llevar la situación con empatía, siendo comprensivo. Además, tienen que ser capaces de controlar situaciones difíciles tensas buscando la profesionalidad y calmando al paciente para canalizar la inquietud de la manera mas adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Las competencias del telefonista en atención primaria son un papel fundamental para poder ofrecer una atención eficiente y de calidad a los pacientes. La habilidad para comunicarse de manera eficaz, tener todos los conocimientos del sistema de salud, poder gestionar los trámites en tiempo, gestionar las situaciones difíciles y ofrecer empatía a los pacientes serán las claves para los centros por eso es tan importante el buen funcionamiento del telefonista en atención primaria. Serán el primer contacto que los pacientes recibirán, por lo tanto si las habilidades son buenas el servicio será excelente y los pacientes gestionarán los trámites con mucha más facilidad.

6 Bibliografía

1. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Printversion ISSN 1657-7027 Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.12 no.25 Bogotá July/Dec. 2013
2. Álvarez-Salvago F, González-Rodríguez A, Calvo-González E, et al. La atención telefónica en atención primaria. *Reverendo CalidAsist.* 2011;26(3):151-158. doi: 10.1016/j.cali.2010.11.001.
3. Bermúdez-Tamayo C, García-Sánchez R, Pardo-Hernández A, et al. Percepción de la calidad en la atención telefónica en atención primaria: Un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2015;47(5):314-321. doi: 10.1016/j.aprim.2014.08.001.

Capítulo 477

LA COLABORACIÓN ESPECIFICA MULTIDISCIPLINARIA EN EL TRABAJO DEL TELEFONISTA EN ÁMBITO SANITARIO

MARIA SOLEDAD BARBA ALFARO

ALICIA TALAYA NAVARRO

DOLORES PÉREZ FERNÁNDEZ

PALOMA GONZÁLEZ SANCHEZ

MARÍA DEL ANGEL RODRÍGUEZ COLADO

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la colaboración multidisciplinaria es primordial para poder garantizar una calidad eficiente en la atención a los pacientes. Una de las principales claves dentro de este entorno es el del telefonista, quien desempeña un papel fundamental al ser el primer contacto entre el paciente y el sistema de salud.

La cooperación entre diferente los diferentes departamentos y los profesionales son un papel crucial para agilizar la gestión de citas, proporcionar información precisa y oportuna y dirigir a los pacientes hacia la atención adecuada. En este texto, exploraremos cómo la colaboración multidisciplinaria fortalece el trabajo

del telefonista en el ámbito sanitario, mejorando la experiencia de los pacientes y optimizando el flujo de comunicación en el sistema de salud.

En el transcurso de este capítulo, procederemos a analizar como la colaboración multidisciplinar en el ámbito laboral del telefonista se considera un componente determinante para el perfecto funcionamiento del sistema de salud. El telefonista tendrá que facilitar la comunicación entre diferentes departamentos, proceder a la gestión de las citas, ofrecer la información actualizada y precisa, además de gestionar las llamadas entrantes derivándolas. El posicionamiento del telefonista es un eslabón muy valioso para crear la excelencia en la organización del ámbito sanitario.

La colaboración multidisciplinaria beneficiará al personal de salud, así como su fomentación hacia los pacientes para crear un ambiente de bienestar y confianza.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la colaboración multidisciplinar del telefonista en el ámbito de la atención primaria. Así como su importancia de desarrollar correctamente sus labores dentro del ámbito de salud.

3 Metodología

Para la metodología utilizada del desarrollo de este capítulo, a sido efectuada a través de una revisión bibliográfica, utilizando para ello búsquedas sistemáticas de normativa, legislación y artículos, empleando buscadores e introduciendo palabras clave como atención primaria, competencias del telefonista, además se ha utilizado la propia experiencia que hemos acumulado a lo largo de los años trabajando como telefonista.

4 Resultados

Procederemos a desarrollar los aspectos más importantes en la coordinación y colaboración multidisciplinar del telefonista en el ámbito sanitario.

1.Comunicación efectiva entre departamentos: La colaboración multidisciplinaria en el trabajo del telefonista implica una estrecha comunicación con diferentes departamentos del sistema de salud, como las unidades médicas, los especialistas, los laboratorios y el personal administrativo. La habilidad del telefonista para comunicarse eficientemente con estos profesionales es crucial para programar

citas adecuadas, responder a las consultas de los pacientes y coordinar el flujo de información entre los distintos servicios médicos.

2.Facilitación de la gestión de citas: El telefonista es el enlace entre los pacientes y los profesionales de la salud. Trabajar en equipo con el personal de agenda y programación de citas es esencial para garantizar que los pacientes sean atendidos en el momento adecuado y por el especialista adecuado. La colaboración multidisciplinaria permite una mejor coordinación de los horarios y evita la pérdida de citas o superposiciones que podrían afectar el acceso a la atención médica.

3.Brindar información precisa y actualizada: La colaboración entre el personal del telefonista y los profesionales de la salud permite mantener actualizada la información relevante para los pacientes. Esto incluye cambios en la disponibilidad de servicios médicos, nuevos protocolos de atención, horarios de funcionamiento y otros datos importantes. Al trabajar juntos, el equipo puede garantizar que la información proporcionada a los pacientes sea precisa y esté al día, lo que ayuda a generar confianza y satisfacción en la atención recibida.

4.Derivación adecuada de llamadas: En ocasiones, los pacientes pueden requerir atención de especialistas o servicios específicos. La colaboración multidisciplinaria permite que el telefonista tenga conocimientos suficientes sobre la estructura y la oferta de servicios del sistema de salud, lo que facilita la derivación adecuada de las llamadas entrantes. Esto evita la pérdida de tiempo para los pacientes y mejora la eficiencia del sistema en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la colaboración multidisciplinaria desempeña un papel crítico en el trabajo del telefonista en el ámbito sanitario. Esta cooperación permite una comunicación efectiva entre los diferentes departamentos del sistema de salud, facilita la gestión de citas, garantiza información precisa y actualizada para los pacientes y asegura una derivación adecuada de llamadas. La dedicación a trabajar en equipo y la concordancia entre los profesionales involucrados potencian la eficiencia y la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Un telefonista bien capacitado y respaldado por un equipo multidisciplinario sólido desempeña un papel clave para lograr una experiencia positiva y satisfactoria para los pacientes en su travesía dentro del sistema de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/es/>.

2.Parul Saini, equipo de Webmedy, BlogTecnología de la salud: ¿Cómo el trabajo en equipo multidisciplinario asegura mejores resultados de atención médica? 11 de enero de 2022

3.Martínez-Sánchez JM, Martínez-Martínez MI, Sánchez-Pérez R. Comunicación efectiva en el ámbito sanitario: habilidades y estrategias para el telefonista. Rev Salud Pública. 2021;23(3):165-72.

Capítulo 478

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

1 Introducción

Con frecuencia a lo largo de la historia se han realizado experimentos con animales que han permitido arrojar luz sobre cuestiones hasta entonces desconocidas, el descubrimiento del funcionamiento de partes del cuerpo, así como la prueba de principios activos y medicamentos en mamíferos.

Hoy en día sigue siendo necesario el uso de animales en investigación, aunque de forma mucho más controlada, intentando evitar el sufrimiento animal en la medida de lo posible. Por ejemplo, los medicamentos requieren ser testados en animales previamente a probar su uso en humanos, por cuestiones de seguridad evidentes.

Actualmente en los hospitales se realiza, además de la labor clínica, una labor de docencia e investigación importantísima, la cual es de vital importancia en el avance de la medicina. Es frecuente que las instituciones hospitalarias cuenten con un animalario para llevar a cabo sus labores de investigación.

El animalario se describe como aquellas instalaciones en las que viven y son cuidados los animales que son requeridos para llevar a cabo la labor de investigación científica. Se trata de un lugar complejo, formado por múltiples partes en el que la higiene y las normas de seguridad son de máxima importancia. En el presente texto se explicará la labor del celador en el animalario de un hospital.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el animalario.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.
- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en el animalario, necesario para el correcto funcionamiento del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 que trabaja en el animalario ha de contar con una importante formación y ser conocedor de los protocolos de seguridad y actuación en caso de emergencia, así como llevar en todo momento las medidas de protección adecuadas a la hora de la manipulación de los animales, pues el mal uso de las mismas puede provocar la transmisión de enfermedades.

Es evidente que la higiene y la limpieza cobran una relevancia fundamental en las instalaciones del animalario, donde vivirán multitud de animales frecuentemente en condiciones de hacinamiento, especialmente cuando se trata de un animalario ubicado en el interior de un hospital.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador deberá alimentar a los animales, se encargará del transporte y de las cajas de comida desde el muelle cuando éstas sean recibidas, racionándolas y distribuyéndolas entre las distintas jaulas. Para llevar a cabo la alimentación de los animales, el celador seguirá a las órdenes de sus superiores, que ordenarán las raciones en base a la edad, especie y requerimientos nutricionales de los especímenes que viven en el animalario.

El celador se encargará de cambiar a diario el agua de los bebederos.

El celador deberá llevar a cabo la limpieza de habitáculos, así como en la estabilización de jaulas comederos bebederos de forma periódica siguiendo las órdenes de sus superiores.

El celador se encarga la preparación y el aseo de aquellos animales que requieran de la extracción de muestras de sangre o la realización de alguna prueba en los mismos.

El celador será cuidadoso en el contacto con los especímenes, movilizará a los animales con delicadeza evitando en todo momento el sufrimiento animal.

El celador deberá encargarse del transporte de animales en sus respectivas jaulas de unas áreas a otras del animalario cuando así se le indique por parte de sus superiores.

El celador procurará orden en el animalario, vigilando las puertas y evitando el paso a todo personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el animalario cumple una función esencial en la investigación y el avance de la medicina.

El personal que trabaja en el animalario debe tener muy presente en todo momento las medidas de higiene para el tratamiento y manipulación adecuada de los animales que allí residen, así como los protocolos de actuación en caso de emergencia.

El celador del animalario realiza multitud de labores de diversa índole que incluyen tareas de limpieza, mantenimiento de inmobiliario, alimentación, transporte y aseo de los animales, etc., que contribuyen a que el animalario funcione de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. El animalario. Funciones del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from <https://revistamedica.com/animalario-funciones-celador/>.

2. Estado actual de las funciones del celador en relación con el animalario en un centro sanitario: una revisión bibliográfica - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved from <https://revistamedica.com/estado-actual-funciones-celador-animalario/>.

Capítulo 479

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO : FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

1 Introducción

En la institución hospitalaria se maneja multitud de información clínica de carácter sensible relacionada con los procesos asistenciales de los usuarios de la sanidad pública, como lo son su historia clínica, informes de urgencias, resultados de pruebas complementarias, informes quirúrgicos, etc. Esta información está protegida por la ley de Protección de Datos, la cual tiene como objetivo “proteger y garantizar, en relación al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas especialmente de su honor e intimidad personal y familiar”.

En etapas anteriores a la era de la tecnología y digitalización en la que nos encontramos hoy, no existían programas sanitarios que guardaran todos los informes

de los procesos asistenciales de la historia del paciente, sino que todos los procesos asistenciales, como pruebas diagnósticas, gestión de citas, programación de consultas, etc., se gestionaban de forma física, documentándolos en papel.

Con la llegada de los ordenadores se digitalizó gran parte de estos datos, no obstante, en los hospitales siguen quedando gran cantidad de documentos clínicos en formato físico, como historias clínicas, etc.

Todo esto hace necesario que los hospitales cuenten con una unidad de archivo para la custodia, gestión, y almacenamiento de estos documentos.

En el presente texto se analizarán todas las funciones que el celador lleva a cabo en la unidad de archivo.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en el archivo.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador en esta unidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “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

En el archivo de los hospitales se guarda multitud de información de carácter sensible que es utilizada diariamente y es necesaria para el desarrollo de la labor

clínica diaria y la actividad asistencial, por lo que se deduce que es de vital importancia que el archivo funcione de forma adecuada y eficaz, y se mantenga en él un estricto orden, pues a lo largo de la jornada, multitud de servicios del hospital contactarán con archivo para solicitar información.

El archivo presta asistencia y soporte a la totalidad de especialidades médicas y servicios del hospital, si bien unas dependen más que otras de la comunicación con archivo para el desarrollo de su labor asistencial.

La información que es manejada por el archivo se clasifica según su lugar de procedencia, en interna, si ha sido producida dentro de la institución, o externa si procede de otros centros sanitarios.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

Al inicio de la jornada, el celador recogerá del archivo las historias clínicas que le hayan sido solicitadas de forma directa o telefónica por los diferentes servicios, como las diferentes unidades de hospitalización, consultas externas, etc., y las repartirá por los mismos, para llevarlas de nuevo al archivo cuando haya finalizado la labor asistencial, o cuando ya no sean necesarias una vez finalizada la consulta.

El celador se encargará del transporte de todo tipo de documentación, correspondencia, cartas y sobres que le sean encomendados al celador por el jefe de archivo, así como de la comunicación de recados y órdenes verbales al personal adecuado cuando sea necesario.

El celador velará por el orden y evitará la entrada de personal no autorizado en el archivo.

El celador deberá comunicar a sus superiores los desperfectos observados en las instalaciones del archivo.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha desarrollado a lo largo del presente texto, la unidad de archivo realiza una labor que es fundamental para el desarrollo correcto de la práctica clínica diaria, realizando labores de soporte a los diferentes servicios, proporcionando información clínica de carácter sensible, guardándola, y custodiándola. Esta labor de gestión administrativa, si bien no está relacionada directamente con la práctica clínica, resulta esencial, para la gestión y funcionamiento adecuado de la institución sanitaria.

El celador del archivo realiza diferentes labores que tienen que ver con el traslado de documentos e información, y, con su trabajo, contribuye a que el archivo fun-

cione de manera eficiente y adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 480

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LA PUERTA PRINCIPAL

JUAN JOSE MARTIN SERRANO LIZCANO

AGUSTIN ANGEL GALLEGO GUTIERREZ

DANIEL GAMERO MARTÍN CASTAÑO

ENCARNACION SANCHEZ RUIZ

BEATRIZ ROMERO ROMAN

1 Introducción

Cuando un paciente hace uso de un servicio sanitario, por ejemplo, asistiendo a consulta en una institución hospitalaria, establecerá contacto y se comunicará con multitud de profesionales, además de los facultativos especialistas a cuya consulta se acude.

Hará uso de unas instalaciones que son diariamente higienizadas y ordenadas, y cuyos recursos requieren de un complicado trabajo de gestión. Así mismo, su cita habrá sido gestionada en una lista de espera y habrá recibido un volante en su domicilio. De todo esto se deduce que para que se lleve a cabo la labor clínica en un hospital, se requieren multitud de recursos y trabajadores, además del personal sanitario, para que la institución hospitalaria funcione de forma adecuada. En un hospital se coordina la labor de facultativos, especialistas, médicos,

enfermeras, personal sanitario, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc.

El celador de la puerta principal deberá ser educado con los pacientes con los cuales estará en contacto de forma continua durante la mayor parte de su jornada, deberá hablarles en un tono de voz adecuado y mostrar empatía por su enfermedad o proceso diagnóstico, sin revelar nunca información confidencial. En el presente texto se analizarán las tareas que recaen sobre la figura del celador en la puerta principal.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que el celador lleva a cabo en la puerta principal.
- Desarrollar brevemente de qué tratan cada una de esas funciones, destacando la labor del celador.

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”, “puerta principal”, 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 celador de la puerta principal estará en constante trato con pacientes a lo largo de todo el día, muchas veces el celador será la primera persona con la que contacten los pacientes, por lo que deberá ser amable, educado y respetuoso.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en la puerta principal.

Hoy el celador evitará el paso al personal no autorizado, vigilando de forma continua el acceso a la puerta de entrada.

En todo momento el celador procurará el mayor orden posible y ordenará silencio en las salas de espera si fuera necesario.

El celador ayudará a los pacientes a recepcionarse, les indicará la ubicación de las consultas, acompañándolos a las mismas si fuera necesario.

El celador también trasladará a la planta a aquellos pacientes que ingresen, así como a otros servicios del hospital, como, por ejemplo, a radiología, a realizarse una prueba de imagen.

El celador se encargará de repartir la correspondencia y también comunicará los recados y las órdenes verbales al servicio correspondiente cuando sus superiores se lo ordenen.

Si el celador observará algún desperfecto en las instalaciones o el inmobiliario del hospital, deberá comunicarlo a su superior.

Si se produjese algún conflicto, el celador será el encargado de avisar a seguridad.

El celador respetará siempre la ley de Protección de Datos, en ningún momento compartirá información sobre el historial médico de los pacientes ni sobre su proceso diagnóstico o pronóstico con los familiares, tampoco está autorizado a informar a los propios pacientes, pues solo el facultativo está autorizado para compartir este tipo de información.

El celador realizará cualquier tipo de tareas similares a las anteriores, las cuales le serán ordenadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del texto, el celador será, con frecuencia, la primera persona con la que hablen los pacientes a su llegada al hospital, estos pacientes son personas que frecuentemente estarán atravesando una enfermedad, y pueden no encontrarse bien física o psicológicamente, porque deben ser tratados con sumo respeto y amabilidad, pues las relaciones con el personal del hospital juegan un importante papel en la calidad de la atención percibida por el usuario del servicio sanitario, entre otros factores.

El celador de la puerta principal realizará funciones de índole multidisciplinar, entre las que se encuentra el traslado de pacientes y documentos, comunicación de órdenes verbales, etc. Por ello, el celador de la puerta principal cumple una

importante labor y contribuye con ella a que la institución hospitalaria funcione correctamente.

6 Bibliografía

1. La función del celador en la puerta principal - III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” (n.d.). Retrieved August 20, 2023, from <https://congresosicepa.com/celador-puerta-funcion/>.
2. Medidas referidas a la circulación de personas en los centros sanitarios, funciones del celador de puerta - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved August 20, 2023, from <https://revistamedica.com/funciones-celador-puerta/>.

Capítulo 481

¿CÓMO HAN MEJORADO LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS CELADORES A TRAVES DEL TIEMPO?

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

En el momento actual se es consciente y con los conocimientos actuales de la interrelación tan estrecha que concurre entre la Salud y el Trabajo.

Ya el año 1953 la O.M.S. definió la salud laboral como aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los profesionales, prevenir todo menoscabo a la salud de estos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al profesional en activo en el empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. Adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

El trabajo va a permitir al ser humano llenar una serie de necesidades básicas que de no ser satisfechas derivaría en graves carencias, llegando a provocar la

pérdida o deterioro de la salud. Observándolo desde la visión de la integración social, todo ser humano necesita trabajar para sentirse realizado, integrado y en equilibrio con su cuerpo y mente.

Aunque difiera de lo anteriormente dicho, asimismo, se logra decir que el trabajo, excesivo, o en unas condiciones higiénico-sanitarias negativas para los sujetos, llevaría a una pérdida de la salud, por esto, que en estos casos el descanso se convierta en un punto fundamental para recobrarla.

Las patologías que aparecen de la realización del trabajo, la mayoría de las ocasiones, no son patologías en estado puro, es decir, que las haya causado solamente al ambiente laboral, sino que, asimismo, podrían haber estado ayudadas por varios factores externos al medio laboral.

La mayoría de autores están de acuerdo en que el padre de la medicina del trabajo es el italiano Bernardino Ramazini (1633-1714) quien dejó constancia escrita del primer tratado concerniente, de gran éxito en aquellos tiempos.

2 Objetivos

Describir, en lo que a salud laboral se refiere, los autores de cuándo y cómo dio emprendimiento la Revolución Industrial y las mejoras de las condiciones laborales del celador y personal sanitario.

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

Antecedentes históricos:

Ya en las antiguas culturas concurría una constatación de que ciertos trabajos o actividades laborales eran nocivas para el sujeto. Como no refirió en sus escritos, Galeno creía que para diagnosticar mejor la patología había que comenzar por preguntarle al paciente sobre su profesión.

En las culturas egipcia, griega y romana el trabajo no era considerado como una actividad noble y quedaba restringido a esclavos y siervos.

Con la llegada del cristianismo y después en el Renacimiento emprende a instaurarse algún sentimiento de clase profesional en activo.

En el siglo XVII, con la Ilustración, emprende a darse la idea de que el poder de los países iba a depender de su masa de población joven y en edad de poder trabajar.

A partir del siglo XVIII, cuando dio emprendimiento, la Revolución

Industrial, derivado de la Ilustración, obliga a los profesionales, como consecuencia de las condiciones impuestas y por cierto bastante duras, a crear una conciencia de proletariado en defensa de sus propios intereses para conseguir unas condiciones dignas laboralmente y luchar para que se pudieran garantizar y activar el desarrollo integral de los seres humanos.

Ya en el siglo XIX y bajo el avance que sufren los filósofos positivistas, la medicina se aproxima hacia el estudio de la etiología y mecanismos causantes de patologías que producen las patologías y por ello las concernientes con el mundo del trabajo. Se especifican algunos productos tóxicos, por ejemplo, como los microorganismos causantes de algunas infecciones. A partir de este siglo, en Alemania y gracias a los trabajos de Bismark, se crean los primeros seguros sociales que dan cobertura a los profesionales.

Ya en el siglo XX las actuaciones en el campo de la Salud Laboral son muy diversas y amplias y, a partir de la II Guerra Mundial, emprende a desarrollarse extensivamente, en Europa, sobre todo, el concepto de

Seguridad Social que, en su amplio campo de actuaciones, recoge asimismo:

- La protección social de todos los profesionales.
- La creación de centros asistenciales y hospitalarios que puedan asistir de forma especializada a las patologías profesionales derivadas del trabajo.
- La creación de Centros para profesionales de Rehabilitación.
- La puesta en marcha de reglamentos y normas técnicas para mejorar las condiciones de trabajo, que obligan a las empresas a cumplirlas.
- La realización de las adecuadas y correspondientes inspecciones de trabajo que se necesiten para mantener la salud laboral de los profesionales.
- La creación de unos servicios médicos de empresa para cubrir a sus empleados.
- El establecimiento de los indicadores de referencia sobre las dosis máximas permitidas en la exposición a agentes tóxicos o que sean nocivos en el ambiente laboral.

5 Discusión-Conclusión

De lo descrito en este artículo vemos y concluimos que se ha ganado una batalla enorme en lo que a derechos y mejores condiciones laborales, nos referimos para todos los profesionales, así como los profesionales a lo largo de los tiempos han ido creando una concienciación más avanzada y menos arcaica, en lo referente a la salud laboral o a la salud dentro del trabajo y son conocedores de que a través de derechos, inspecciones de trabajo, normativas correctamente aplicadas, médicos de empresa, creación de centros asistenciales y hospitalarios, o centros de rehabilitación entre otros, están cubiertos y seguros, todo ello por supuesto si se aplica y realiza correctamente, sin olvidarnos de la ley obliga al empresario a acatar las directrices de la normativa en Salud laboral.

6 Bibliografía

- 1.<https://books.google.com/books?id=IDfSL5xhQ1sC>.
- 2.<https://books.google.com/books?id=63gloN6TaBMC>.
3. Formato Documento Electrónico(APA). Abú-Shams, K., & Tiberio, G.. (2005).Introducción. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
4. Formato Documento Electrónico (Vancouver). Introducción. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2005 [citado 2021 Mayo 13]; 28(Suppl 1): 5- 6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200001&lng=e

Capítulo 482

EL HOSPITAL DE DÍA Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA EL CELADOR

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

Se define Hospital de Día como un servicio en el cual se encuentra integrados parte, de la unidad de oncología de un centro hospitalario.

En el Hospital de día, es un servicio en el cual van los pacientes para recibir el tratamiento para su proceso oncológico, en forma de ciclos de quimioterapia, ya sea intracavitaria, intravesical, intraperitoneal, etc., dependiendo del tipo de cáncer a tratar. El servicio del Hospital de día está compuesto y formado por puestos con sillones y por boxes con camillas, la cual depende del estado de la salud que presente en ese momento de los ciclos los pacientes, este tipo de pacientes son frágiles y cuentan con las defensas del sistema inmunitario bajas, debido a la quimioterapia.

El servicio del Hospital de día, funciona como una unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador de forma circular, el cual conforma el centro de actividades y del servicio, alrededor se encuentran los puestos de sillones o camillas, y desde ahí, el personal sanitario controla el estado de los pacientes, así como de las vías y sueros con la medicación.

El celador forma parte de un equipo integrante de este servicio, el cual está formado por el personal de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, así como también cuenta con la presencia de especialistas en oncología.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es el de describir las funciones propias del celador en el hospital de día.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores de los hospitales de día se encargan de los pacientes que se acercan al hospital de día desde sus domicilios, la planta de oncología de dicho centro, o a través de sus domicilios mediante silla de ruedas o incluso en ambulancias a través de las camillas.

Los celadores trabajan junto con otro personal sanitario que está en Hospital de día para ubicar y acomodar a los pacientes en cada posición, ya sea en sillones o camillas de servicio. También colabora en los movimientos posturales que requieren los pacientes encamados, así como en la colocación de biberones o cuñas cuando lo necesitan los sanitarios.

Cuando los pacientes ingresan en el del hospital de día por la mañana, generalmente se someten a análisis de sangre y orina, donde el celador designado los lleva a un servicio de laboratorio lo más rápido posible.

Este análisis se repite varias veces en un ciclo, con los carros cargados con muestras, en orden, llevados al servicio de laboratorio de la misma manera, y luego devueltos al servicio con carros vacíos y moldes de pipetas.

A veces, los pacientes con cáncer requieren pruebas adicionales, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas, etc. La transferencia de estas pruebas es responsabilidad del celador.

Los llevará al servicio designado, esperará a que se complete la prueba y devolverá al paciente al servicio. Este es uno de los servicios que requiere la presencia constante del celador asignado al mismo, ya que estos pacientes pueden desestabilizarse en cualquier momento y requerir una actuación urgente por parte del personal sanitario.

Únicamente abandonarán el servicio y trasladarán muestras y equipos de transporte del servicio a otros servicios cuando así lo indique el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y en resumen, tal como hemos visto en el apartado de resultados de dicho capítulo, se ha analizado y aprendido las funciones que tienen los celadores en los hospitales de día, como acompañar a los pacientes que acuden desde sus domicilios a este hospital, también hemos visto que los celadores acomodan a estos pacientes en sillones o camillas y como además colaboran en los movimientos posturales de los pacientes encamados, los transporta a los servicios de laboratorio u otros servicios para realizarse pruebas (analíticas, radiografías, ultrasonidos, tomografías entre otras) y una vez hechas estas pruebas los devuelve al servicio de origen.

Como hemos observado, el papel del celador en los hospitales de día es muy importante, sobre todo en el acompañamiento al paciente y movilización de los encamados y se antoja fundamental para el buen funcionamiento de este centro en colaboración con el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://escuelafintech.com/celador-hospital>.

Capítulo 483

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES)

ROSA MAZUECOS MUÑOZ

JULIA GARCÍA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GARCÍA GARCÍA

SONIA MARÍA MUÑOZ

JOSE FCO NOGUERAS GARCIA

1 Introducción

Las instituciones sanitarias abarcan a personal que está relacionado directa o indirectamente con la prestación de servicios de salud, lo que incluye al personal no sanitario, tales como celadores y auxiliares administrativos.

Los daños en la salud que pueden sufrir este personal no sanitario son de muy diversa índole, siendo en ocasiones daños graves, aunque muchas veces sus efectos solo son visibles a largo plazo. Un claro ejemplo en el caso particular de los celadores, es el riesgo de sufrir trastornos músculo-esqueléticos a consecuencia de la movilización de los pacientes, lo que puede tener consecuencias negativas a en el futuro. La exposición a diversos factores de riesgo presentes en el medio

sanitario puede provocar efectos negativos en la salud del personal no sanitario. Así, hay que tener en cuenta que, en ambos casos, tanto en el celador como en el auxiliar administrativo, el trato con el paciente es una constante. Lo que implica una clara exposición ante posibles contagios derivados de este. Los factores causantes de enfermedades en este ámbito son muchos y variados. Se podrían ordenar los factores causantes de estos daños a la salud, bien por la naturaleza de las tareas en las que se puede producir el contacto, las zonas del centro de trabajo, o bien según el efecto que producen en la salud (síntomas o zona del cuerpo afectada).

2 Objetivos

Establecer cuáles son las enfermedades y factores de riesgo más comunes que ocasionan daños a la salud en el personal no sanitario, más concretamente en 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

Enfermedades musculares y óseas:

Los trastornos musculoesqueléticos son alteraciones de las estructuras del cuerpo tales como articulaciones, músculos, tendones, ligamentos, nervios y huesos agravadas por el desarrollo del trabajo y el entorno donde este se desarrolla. Las personas que padecen este tipo de trastornos pueden padecer dolor, cosquilleo, incomodidad, entre otros. Este tipo de trastornos pueden ser el resultado de la aplicación de una fuerza extrema o del ejercicio repetitivo de una fuerza más leve pero prolongada en el tiempo.

Estos trastornos son algunas de las enfermedades más comunes entre el personal no sanitario.

Enfermedades respiratorias producidas por agentes infecciosos o parasitarios (virus, bacterias, etc.)

Enfermedades respiratorias que afectan a pulmón, garganta, nariz como bronquitis crónica, asma, rinitis, etc.

Enfermedades de la piel

Dermatitis profesional por el contacto con agentes químicos, por la exposición a detergentes o materiales como el látex. Enfermedades de la piel derivadas del contacto con agentes físicos como frío, calor, etc.

Enfermedades cardiovasculares

Hipertensión, infartos, anginas de pecho por exposición a problemas a nivel de la organización del trabajo, grandes esfuerzos físicos o mentales, y exposición a agentes químicos. Varices por exposición a posturas prolongadas.

Afecciones relacionadas con riesgos psicosociales: El personal no sanitario es especialmente susceptible al síndrome de burnout o síndrome de estar quemado. Junto a esta afección podemos destacar las lesiones provocadas por situaciones de violencia o estrés a causa de: sobrecarga de trabajo, exposición a una organización deficiente del trabajo y/o las tareas, falta de apoyo, etc.

Otras lesiones: Problemas visuales fruto del uso continuado de pantallas. Alteraciones de los ritmos biológicos a consecuencia del trabajo a turnos. Accidentes in itinere: los más frecuentes en coche que se producen al ir o volver del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y en resumen y tal como hemos visto en el presente capítulo, son muchos y muy variados los daños ocasionados en la salud del personal no sanitario. Estos daños vienen originados a partir de riesgos a los que están expuestos los trabajadores y sobre los que la actuación de la prevención de riesgos laborales es básica para tratar de evitarlos o al menos minimizarlos. La formación e información de los riesgos laborales, la implicación de una organización dispuesta a resolver problemas y retos, el estricto control de la higiene en los lugares de trabajo y el cumplimiento de las normas que garanticen la seguridad son algunas de las herramientas imprescindibles para garantizar la salud del personal no sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es>.

2. <https://www.istas.net>.

Capítulo 484

EL CELADOR EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

1 Introducción

La unidad de farmacia, desde donde se suministra la medicación a cada planta del hospital para la dispensación a los pacientes, es uno de los servicios existentes en la mayoría de los hospitales. Farmacéuticos, FIR (Farmacéuticos Internos Residentes), enfermeros (DUE), técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), auxiliares administrativos y celadores son algunos de los miembros del personal que prestan servicios en un servicio de farmacia hospitalaria.

En este capítulo nos concentraremos en los celadores. El servicio estará a cargo de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Los deberes de farmacia incluyen más que solo el almacenamiento y distribución de medicamentos; también incluyen la elaboración de fórmulas magistrales, nutrición parental, preparación de citostáticos, control de botiquines en diversas unidades hospitalarias, labores de farmacovigilancia, establecimiento de un sistema de dispensación de medica-

mentos eficiente y seguro, e incluso la realización de actividades educativas en temas de su competencia.

Las funciones del celador de farmacia abarcan muchas tareas cruciales para el crecimiento de la unidad, como recibir productos, almacenarlos, distribuirlos, mover cargas pesadas a través de la unidad e incluso dispensar productos específicos como alcohol o suero.

El celador siempre debe estar al tanto del procedimiento y, más importante, de la documentación de la entrega y recepción de los medicamentos, así como de su correcta realización, y nunca debe entregar medicamentos, aunque los médicos los ordenen.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es desarrollar las principales funciones y tareas atribuidas a un celador en la unidad de farmacia.

3 Metodología

Para desarrollar más este capítulo como parte de la investigación se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica publicada actualmente. Las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas. Se han realizado búsquedas sistemáticas de libros y consultas de artículos.

4 Resultados

El celador de farmacia es un miembro de su personal no sanitario. Sus funciones incluyen recibir paquetes de proveedores, verificar el contenido con notas de entrega y entregar los paquetes al personal médico junto con la nota de entrega para contabilidad y almacenamiento. Algunos bienes, como el alcohol o la solución salina fisiológica, pueden ser guardados por el celador e incluso distribuidos haciendo un seguimiento de las cosas y asegurándose de que la orden de recogida correspondiente esté siempre perfectamente cumplimentada y firmada.

El movimiento de pesos pesados dentro de la propia unidad de farmacia es otra función que no debe pasarse por alto. Por último, pero no menos importante, uno de los más importantes será la distribución de los carros con medicamentos, artículos como nutrición enteral o citostáticos que serán trasladados

desde el Servicio de Farmacia a la unidad solicitante (típicamente para productos citostáticos de Hospital de Día) a enfermería, estaciones en cada planta o Plantas de Oncología), para lo cual se deberán utilizar envases particulares resistentes, termoaislantes y debidamente rotulados para estos productos, entregarán y recogerán los comprobantes de suministro y entrega debidamente firmados por los supervisores o enfermeros a cargo en todos los casos.

Actualmente, en los hospitales, el suministro de medicamentos desde el servicio de farmacia se realiza mediante la fórmula o método “dosis unitaria” o monodosis, es decir, en envases únicos para cada paciente (dispensación individual de medicamentos), según lo que se solicite de la unidad hospitalaria donde se encuentra el paciente. La distribución se realizará una vez al día por la mañana, proporcionando a las unidades de hospitalización las dosis que necesitan los pacientes hasta la mañana siguiente. Por último, pero no menos importante, el celador realizará inspecciones rutinarias de los bienes que sean de su competencia y que ya hemos comentado. También asistirá al resto del personal de la farmacia en la realización de inventarios para que estén al tanto de los niveles reales de existencias.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador de farmacia abarcan muchas tareas cruciales para el crecimiento de la unidad, como recibir productos, almacenarlos, distribuirlos, mover cargas pesadas a través de la unidad e incluso dispensar productos específicos como alcohol o suero. En estas situaciones, es importante recordar que el celador puede despachar productos, pero que las solicitudes o entregas de artículos de farmacia deben estar firmadas por el responsable de la unidad particular que los recibe. El celador siempre debe estar al tanto del procedimiento y, más importante, de la documentación de la entrega y recepción de los medicamentos, así como de su correcta realización, y nunca debe entregar medicamentos, aunque los médicos los ordenen.

En su lugar, siempre deben remitir el asunto a un gerente de farmacia. La realización por parte de dichas guardias de cursos para el uso de material informático sería algo que sería interesante en el mundo moderno, donde todo tiende a ser informatizado y se está eliminando el papel.

6 Bibliografía

1. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>

Ribas Sala J, CodinaJané C. Farmacia Hospitalaria. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia. 1ª Edición. EMISA. Madrid 1990.

Capítulo 485

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

1 Introducción

La investigación es una parte importante del campo de la salud y se ha descubierto que el uso de animales en experimentos es crucial para hacer nuevos descubrimientos. Los animales que luego se utilizarán en experimentos se cuidan en estos espacios, que se conocen como animalario, de modo que no se les inflija ningún sufrimiento, agonía prolongada o dolor innecesarios. El uso de animales debe reducirse al mínimo, y siempre se utilizarán para investigación o docencia. Algunos de los objetivos que se persiguen en los animalarios y para los que está permitido son la prevención y el diagnóstico de enfermedades, el desarrollo de productos farmacéuticos, la protección del medio ambiente o la investigación médica educativa y legal.

Las instalaciones donde se preste el cuidado de los animales deben proporcionarles un lugar donde vivir, cierta libertad, comida y agua, y atención médica que asegure su bienestar. Se les deben imponer limitaciones en su capacidad para

satisfacer sus necesidades fisiológicas, y se debe eliminar cualquier obstáculo a su bienestar general lo antes posible. Incluso en una emergencia, los procedimientos deben documentarse por escrito. Los animales serán vigilados por personal experto que comprobará que se cumplen todos los requisitos antes mencionados, evitando el sufrimiento de los animales. Estas instalaciones deben estar equipadas para realizar necropsias, recolectar muestras y realizar pruebas de diagnóstico básicas.

La experimentación con animales es una de las principales formas en que la medicina avanza hoy en día, siempre que se haga de manera ética y de acuerdo con la ley.

2 Objetivos

Dejar claras las responsabilidades del celador en el animalario, así como el funcionamiento y el entorno de estas instalaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se descubre que el ratón, la rata, el conejillo de indias, el hámster dorado, el conejo, el perro y la codorniz son los animales utilizados en el animalario. Todos estos animales serán alojados en jaulas marcadas con su especie, raza y estirpe. Sexo, fecha de nacimiento, fecha de cruzamiento, número de animales y su relación con el procedimiento para el cual están siendo utilizados, se debe especificar cuando sea pertinente. Adicionalmente, se debe llevar un registro de los animales que incluya información sobre sus características, la fecha de muerte y la causa, el procedimiento de cada se utiliza el animal, las observaciones realizadas durante el período de cuarentena y los resultados de todas las pruebas que se le han realizado. Este libro, que contiene todos los registros de los tres

años anteriores, no debe salir del centro y debe estar siempre a disposición de la autoridad correspondiente.

Un veterinario estará a cargo de supervisar el bienestar de los animales y su salud en general. Será el responsable de supervisar la instalación de los animales, los protocolos a seguir en caso de sacrificio y que nunca sufran dolor.

Los animales se compran en criaderos, aunque también pueden proceder de empresas proveedoras siempre que no sean animales callejeros o salvajes. Los animales continúan viviendo en celdas sin ventanas con temperatura e iluminación constantes, manteniendo los ciclos de día y noche. Se controla entre un 40% y un 70% de humedad.

El celador estará a cargo de los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios dentro del animalario. Son los encargados de brindar a los animales los cuidados que requieren, de acuerdo a su especie. Alimentan a los animales en cantidades adecuadas a sus necesidades y de manera que aseguran su bienestar nutricional. Se administran en cilindros comprimidos, gránulos, galletas, así como preparados comerciales con valor nutricional superior. El celador también se encarga de dar de beber a los animales además de la comida. Para garantizar que se cumplan las prácticas higiénicas y las necesidades de los animales, los celadores lavarán los cubos y las jaulas un número suficiente de veces. Serán los encargados de deshacerse de todo lo que apeste, incluidos los excrementos y los cadáveres. Realizarán procedimientos de limpieza y esterilización de los animales y las jaulas.

5 Discusión-Conclusión

Se determina que el uso de animales en la investigación es necesario, pero se deben proteger los derechos de los animales porque deben tener un nivel de vida adecuado, ser alimentados adecuadamente, mantenerse limpios y, por supuesto, no se debe permitir el dolor. Eso es innecesario; el celador debe hacer esto bajo la dirección del médico o la enfermera que lo atiende. Por este motivo, es fundamental que los animales lleven una vida normal, lo que exige el cuidado del animal y de su entorno. La sutileza de estos experimentos es la base principal para el avance de la medicina.

6 Bibliografía

1. Hernández, S. (2006). El modelo animal en las investigaciones biomédicas. *Biomedicina*, 2(3), 252-256.

2. De Lora, P. (2003). Justicia para los animales: la ética más allá de la humanidad (Vol. 221). St. Martin's Press.

Capítulo 486

EL CELADOR Y SU PAPEL EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA HOSPITALARIA

MARIA DEL MAR ABENGOZAR ARIAS

MARIA ASCENSIÓN LÓPEZ MURCIA

MARÍA MOYA APARICIO

ENCARNACION GONZALEZ JIMÉNEZ

MARIA TERESA SANCHEZ RODENAS

1 Introducción

La labor del celador es fundamental para garantizar el cuidado y el bienestar de los niños prematuros o con enfermedades neonatales en el campo de la neonatología. El celador colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería, ofreciendo apoyo logístico, traslados de bebés, ayuda con los procedimientos y acompañamiento de los padres.

La función crucial del celador en la disciplina de neonatología se discutirá a fondo en esta introducción. Junto con las tareas de logística y transferencia, también apoyan emocionalmente a los padres mientras mantienen la seguridad y el orden de la unidad.

La vulnerabilidad de los recién nacidos exige una atención especializada y delicada en la atención neonatal. El celador ayuda a crear un entorno seguro para los bebés y sus familias, estando presente y participando activamente. Para garanti-

zar una atención integral y de alta calidad, sus esfuerzos de colaboración entre disciplinas son cruciales.

Examinaremos a fondo las funciones del celador en el campo de la neonatología a lo largo de este texto, enfatizando su papel para garantizar el traslado seguro de los bebés, así como su apoyo logístico, asistencia en los procedimientos y apoyo a los padres. Para brindar la mejor atención y mejorar los resultados de salud de los bebés nacidos prematuramente o con enfermedades neonatales, la dedicación y el compromiso del cuidador en este entorno especializado son esenciales.

2 Objetivos

Los objetivos de la revisión son los siguientes.

1. Determinar la eficacia de los distintos servicios y asistencias que ofrece el celador de neonatología 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

Para que los prematuros y aquellos que presentan enfermedades neonatales que requieran atención especializada reciban la debida atención y cuidado, la labor del celador en el campo de la neonatología es de suma importancia. Al colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar la seguridad y el bienestar de los bebés y sus familias, el asistente desempeña un papel crucial.

Son funciones del celador de neonatología:

- El celador debe trasladar a los recién nacidos de la sala de partos o la unidad de cuidados intensivos neonatales a la unidad neonatal. Esto implica manipular a los bebés con delicadeza y asegurarse de que estén seguros y cómodos durante el transporte.

- **Apoyo logístico:** El celador ayuda a abastecer y montar la unidad de neonatología. Para crear un entorno limpio y seguro, esto puede implicar la entrega de suministros médicos, equipos de limpieza y desinfección, y montaje de viveros.
- **Asistencia en procedimientos:** Durante los procedimientos realizados en la unidad de neonatología, el celador puede asistir al personal médico y de enfermería. La configuración del equipo, sostener a los bebés con ternura durante los procedimientos y administrar medicamentos o herramientas de acuerdo con las instrucciones del personal médico son algunos ejemplos de esto.
- **Traslado y acompañamiento de los padres:** El celador también puede apoyar y acompañar a los padres de los recién nacidos en la unidad de neonatología.
- **Guiar a los pacientes a través de la unidad,** responder sus preguntas y guiarlos a través del proceso de admisión. Además de brindarles a los padres consuelo y apoyo emocional, el celador puede informarles sobre la salud y el cuidado de sus bebés y, al mismo tiempo, ayudarlos a adaptarse a la situación.
- **Mantenimiento de la seguridad y el orden:** El celador se asegura de que la unidad de neonatología se mantenga segura y en buen estado. Controlar el acceso de los visitantes, garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad e higiene e informar al personal médico sobre cualquier problema o incidente son parte de esto.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado y bienestar de los recién nacidos y sus familias se ven muy impactados por el trabajo del celador. Su presencia y participación activa en esta área crucial ayudan a brindarles a los bebés atención de alta calidad y un ambiente acogedor y seguro durante este período formativo de sus vidas.

El celador es fundamental en el servicio de neonatología porque garantiza el traslado seguro de los bebés, ofrece apoyo logístico, participa en los procedimientos, acompaña a los padres y mantiene la seguridad de la unidad.

En este período crucial de desarrollo, su trabajo ayuda a brindar a los bebés y sus familias una atención de alta calidad y un entorno acogedor y seguro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 487

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

1 Introducción

El edificio de consultas externas de los centros de atención especializada suele tener el servicio de extracción en la planta baja. Además, también se incluye el personal que trabaja en los campos de la salud física y social.

Además del personal sanitario y sociosanitario que desarrolla su labor en el servicio, también hay auxiliares administrativos, que pertenecen a laboratorios de hematología, Microbiología y Bioquímica, se encargan de confirmar los resultados de cada prueba, el cual se carga en el programa para verificar la validez de los volantes entregados de las personas que realicen la extracción o transporte de la muestra correspondiente a los Centros de Salud, de incluir los volantes distribuidos por atención primaria y unificar los volantes cuando hay varios de una

misma persona y las pruebas pueden agruparse, para que los laboratorios puedan procesar las muestras más fácilmente y no duplicarlos.

Hay diferentes tipos de volantes en función de que vengan por una vía u otra y el tratamiento que se les da es diferente. La principal diferencia entre ellos es el color de la pegatina que se aplica al volante y del tubo o recipiente en el que se encuentra entra en la muestra, y asociar a cada uno es responsabilidad primordial del auxiliar administrativo, cada muestra tiene una etiqueta con la información de la persona correspondiente está conectado al propietario para evitar errores.

2 Objetivos

- Favorecer el conocimiento del trabajo que realiza el personal auxiliar administrativo en extracciones de los centros de atención especializada.
- Visibilizar la importancia del trabajo del personal auxiliar administrativo en el servicio de extracciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una recopilación de contenidos en las distintas revistas científicas y bibliografías relacionadas con el tema en cuestión, también se ha llevado a cabo una recopilación de información de bases de datos como Pubmed o Medline.

4 Resultados

Cuando el personal auxiliar administrativo llega a extracciones se encuentra con varios tipos de volantes, identificados con pegatinas de diferentes colores basándose en el centro o al tipo de prueba, como los que se definen a continuación:

- Son volantes de especialistas del hospital o de atención primaria, de personas que vienen a pincharse al hospital o a traer la muestra al mismo. Son pruebas de hematología, bioquímica y serologías.
- Con la misma procedencia que los anteriores, pero las pruebas son para el laboratorio de microbiología.
- Son volantes urgentes.
- Pruebas de las personas que están ingresadas en el hospital.
- Vienen de otros centros.

- También pueden ser de especialistas o de atención primaria, pero en este caso, la extracción se realiza en el centro de salud que les corresponda.

Sin embargo, en este caso, la extracción se realiza en el centro médico correspondiente y los volantes con pegatinas de colores de las pacientes que llegan a primera hora de la mañana y se ejecuta la extracción o envían la muestra directamente al centro médico. Estos volantes, si son de un especialista, están validados por el personal de enfermería, a menos que traigan la muestra de casa y la dejen en el mostrador, todos los demás deben someterse a la extracción, en este caso, el personal auxiliar administrativo se encarga de la validación de los volantes.

A lo largo de la mañana van llegando listados de planta con los volantes de personas que están ingresadas en el propio de centro. Ya vienen validados por el personal de enfermería que se encargó de la extracción y la función que tenemos como personal auxiliar administrativo es comprobar que están validados, incluir las pruebas que vengan escritas a mano y unificar volantes si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del personal auxiliar administrativo en el servicio de extracción es fundamental para facilitar el trabajo de los laboratorios, ya que la fusión de volantes evita que se pueda analizar dos veces lo mismo cuando se repiten pruebas en dos volantes de facultativos diferentes.

Posteriormente, entregar los resultados a todo el personal médico que los requiera para el desempeño de sus funciones. El hecho de que los volantes estuvieran validados implica que algunos estaban asociados y pruebas en una muestra particular utilizando información personal, así que cuando Una vez que la muestra está en el laboratorio, es posible determinar a quién pertenece y qué debe ser y analizar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 488

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL ARCHIVO DE UN CENTRO SANITARIO

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

1 Introducción

Todos los registros relacionados con la atención de los pacientes se consideran registros de salud, porque incluyen información sobre la salud general de los pacientes.

Existen varios tipos de documentos, y se pueden categorizar en función de si tienen un origen clínico o no clínico, entre los que se encuentran:

- Documentación clínica: registros de la historia clínica del hospital y registros de la historia clínica de atención primaria. (Documentos utilizados de forma regular o esporádica).
- Documentación no clínica, incluyendo tarjetas sanitarias, documentos intrahospitalarios, documentos extrahospitalarios y documentos entre centros.

La cantidad de documentación que producen los centros de salud es significativa.

Para asegurar su conservación, debe manipularse y almacenarse adecuadamente, por eso la información debe estar siempre actualizada; lo cual depende en gran medida que la evolución del paciente sea favorable.

Además, el sistema de almacenamiento de documentos debe permitir la rapidez para buscar y acceder a la documentación.

La seguridad de los datos también es crucial, ya que se encuentran los datos del paciente, y que se trata de información extremadamente privada y sensible, que solo los profesionales sanitarios y no sanitarios debidamente autorizados deben consultar. Es fundamental que la documentación se pueda transferir de un profesional a otro de forma rápida y segura.

2 Objetivos

- Indicar las funciones de auxiliar administrativo en el archivo de un centro sanitario y como procede a ellos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El archivo de historias clínicas es la unidad hospitalaria que tiene como función la guarda y custodia de las historias clínicas generadas en el hospital.

Las diversas fuentes de información demuestran la importancia y la diversidad dinámica de las funciones principales que desempeñan los auxiliares administrativos.

Entre las tareas que realizan encontramos las siguientes:

- Atender las solicitudes de servicios de emergencia, tramitación urgente de consultas externas y solicitud urgente de historia clínica.
- Prestar mucha atención a las solicitudes de informes sobre las actividades programadas. La media de historias clínicas que se elaboran cada día para actividades

previstas como consultas externas, citas, investigaciones y, excepcionalmente, otras tareas como controles médicos, administrativos, forenses, etc., es de 500. Elaboración de listas, asignación nuevos números de historias clínicas, llevar un promedio de 15 diarios, imprimir documentos y recuperar registros son solo algunas de las tareas relacionadas con las solicitudes ambulatorias que deben ser atendidas.

- Codificar los episodios de atención al paciente y cree un conjunto mínimo de datos de referencia. La cirugía ambulatoria y el alta hospitalaria son procedimientos codificados. La historia clínica, que los servicios de hospital y quirófano devuelven periódicamente al archivo, es el documento original que se utiliza a tal efecto.
- Manejar la recepción y el almacenamiento de registros médicos; con excepción de los pacientes ingresados, los registros del servicio de emergencia se devuelven a la documentación clínica a la mañana siguiente de brindar la atención al paciente.
- Atender las solicitudes de fuentes externas de documentación, registros médicos y solicitudes de protocolos. Estas demandas, que siempre se hacen por escrito, las hace el tribunal, el hospital, el paciente o personas debidamente calificadas, y se basan en órdenes de esas fuentes. Luego, el médico elige la información pertinente del historial para cada solicitud.

5 Discusión-Conclusión

En términos de archivo, los centros sanitarios se enfrentan a cuatro obstáculos importantes. La documentación alude a la seguridad de la información, la gran cantidad de documentos producidos, el requisito de actualización continua de la información y más y el acceso a esta información debe ser inmediato.

Todo esto ha venido a ser resuelto gracias a la digitalización del archivo, la cual crea una red para el acceso rápido de los profesionales sanitarios a la información sobre el estado de salud de un paciente, con información, constantemente actualizada y accesible a una variedad de profesionales.

Por eso mismo, el auxiliar administrativo debe estar formado correctamente en el archivo, ya sea la documentación en archivo digital o en papel.

6 Bibliografía

1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007.

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

Capítulo 489

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE EVENTOS Y REUNIONES DEL HOSPITAL

MARÍA ESMERALDA PÉREZ FERNANDEZ

SANDRA RONCERO GONZÁLEZ

ZULEMA GUTIERREZ ORTEGA

M^a FERNANDA DEL CERRO NAVARRO

MARTA DE LA CRUZ DE LA ROSA

1 Introducción

La coordinación de eventos y reuniones en un hospital es de suma importancia por varias razones.

En primer lugar, la coordinación adecuada de eventos y reuniones en el hospital permite optimizar los recursos y maximizar la eficiencia operativa. Al tener una programación clara y bien organizada, se evitan conflictos de horarios, se asegura la disponibilidad de salas y equipos necesarios, y se minimizan los tiempos de espera y retrasos. Además, los eventos y reuniones en el hospital son fundamentales para la comunicación interna y externa. Proporcionan un espacio para compartir información relevante, discutir temas importantes y tomar decisiones

estratégicas. La coordinación adecuada asegura que las partes interesadas sean convocadas y estén al tanto de los eventos, facilitando la comunicación efectiva y el intercambio de conocimientos.

Los eventos y reuniones en el hospital también promueven la colaboración y el trabajo en equipo entre los diferentes departamentos, profesionales de la salud y personal administrativo. Estas actividades fomentan la sinergia, la cooperación y el intercambio de ideas, lo que puede conducir a una mejor atención al paciente y a la mejora de los procesos internos. Junto con esto, también brindan oportunidades para la capacitación y actualización profesional. Se pueden organizar conferencias, seminarios, talleres y charlas educativas para mantener al personal médico y administrativo al tanto de los avances en su campo, nuevas tecnologías y mejores prácticas. Esto contribuye al desarrollo profesional y mejora la calidad de la atención médica.

Y es que la coordinación de eventos y reuniones en el hospital también contribuye al fortalecimiento de las relaciones tanto internas como externas. Los eventos sociales y de networking permiten la interacción entre el personal del hospital, pacientes, proveedores de servicios de salud y otras instituciones relacionadas. Esto ayuda a establecer alianzas estratégicas, generar confianza y mejorar la colaboración en beneficio de los pacientes y la comunidad en general.

2 Objetivos

Exponer e indicar las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en la coordinación de eventos y reuniones del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en la coordinación de eventos y reuniones del hospital desempeña varias funciones clave para garantizar que estas actividades se lleven a cabo de manera eficiente y exitosa. Algunas de las funciones que podría realizar incluyen la programación y coordinación, ya que el auxiliar administrativo se encarga de programar y coordinar eventos y reuniones en el hospital. Esto implica gestionar la disponibilidad de salas, equipos audiovisuales, recursos humanos y cualquier otro elemento necesario para el evento.

El auxiliar administrativo actúa como punto de contacto principal para los organizadores de eventos y reuniones, así como para los participantes. Se encarga de enviar invitaciones, confirmar asistencia, gestionar cambios de horario y mantener a todas las partes informadas sobre los detalles del evento. Además, puede ayudar en la preparación de materiales necesarios para los eventos y reuniones, como presentaciones, informes, agendas y documentos relevantes. También puede encargarse de la impresión, copiado y distribución de estos materiales.

Durante los eventos y reuniones, el auxiliar administrativo puede ser responsable de llevar un registro de asistencia, tomar notas de las discusiones y decisiones clave, y realizar un seguimiento posterior con los participantes para compartir información adicional o recordatorios. En términos de logística, el auxiliar administrativo puede colaborar en la organización de la disposición de mesas y sillas, equipos audiovisuales, catering y otros aspectos necesarios para el evento o reunión. También puede coordinar el transporte de los participantes, si es necesario.

En algunos casos, el auxiliar administrativo puede participar en la gestión del presupuesto asignado para los eventos y reuniones. Esto puede implicar el seguimiento de los gastos, la elaboración de informes financieros y la búsqueda de opciones rentables para los servicios requeridos. Y por supuesto, después de cada evento o reunión, el auxiliar administrativo puede recopilar comentarios y evaluar la eficacia del evento. Esta retroalimentación puede utilizarse para mejorar futuros eventos y reuniones, realizando ajustes o implementando nuevas estrategias. Su participación en la preparación de materiales y documentos relevantes garantiza que todo esté listo y disponible para su uso durante las reuniones y eventos. También desempeña un papel fundamental en la gestión de la logística, asegurando que los detalles prácticos, como la disposición de mesas, sillas y catering, estén en orden.

Además, el auxiliar administrativo puede llevar un registro de asistencia, tomar notas y realizar un seguimiento posterior con los participantes, lo que facilita la

evaluación y mejora continua de los eventos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del auxiliar administrativo en la coordinación de eventos y reuniones en un hospital desempeñan un papel crucial para garantizar el éxito y la eficiencia de estas actividades. Su labor abarca desde la programación y coordinación de eventos, la comunicación con los organizadores y participantes, la preparación de materiales, hasta la gestión de la logística y el seguimiento posterior.

El auxiliar administrativo facilita la planificación y organización de los eventos, asegurando la disponibilidad de recursos necesarios, evitando conflictos de horarios y optimizando la utilización de espacios y equipos. Además, actúa como punto de contacto para mantener a todas las partes informadas y gestionar la comunicación antes, durante y después de los eventos.

6 Bibliografía

1. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/tareas-de-un-auxiliar-administrativo>.
2. <https://lacentrifugadora.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-unhospital/>.
3. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>.

Capítulo 490

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE TRIAJE EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

1 Introducción

Se conoce como unidad de triaje en un hospital al área encargada de realizar una valoración preliminar de los pacientes que llegan a urgencias con el fin de determinar la prioridad de atención en función de la gravedad de su condición médica. Para asignar a los pacientes el nivel adecuado de urgencia y garantizar que reciban la atención que necesitan en el momento adecuado, el principal objetivo del triaje es clasificar a los pacientes de forma rápida y eficiente.

En el triaje, se realiza una evaluación rápida de los pacientes teniendo en cuenta sus signos vitales, síntomas y condiciones médicas. Se les asigna una categoría de emergencia, que va desde atención no urgente hasta atención inmediata, según un protocolo o sistema de clasificación establecido.

Esto permite el mejor uso posible de los recursos hospitalarios y al mismo tiempo da atención prioritaria a aquellos pacientes que están más gravemente enfermos. Los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y celadores, desempeñan papeles importantes en la unidad de triaje. El personal de seguridad participa en el procedimiento de triaje ayudando a recibir a los pacientes, recopilando datos básicos, acompañándolos a los lugares adecuados y apoyando logísticamente al equipo médico.

Además, es necesario enseñar a los miembros del personal de triaje cómo gestionar emergencias, tomar decisiones rápidas y colaborar bien con el resto del equipo médico. Además, es fundamental mantener una actitud comprensiva y afectuosa hacia los pacientes, ofreciéndoles información clara y apoyo emocional durante todo el procedimiento de clasificación.

2 Objetivos

- Describir las funciones y tareas de un celador en la clasificación del triaje en urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Se realizaron búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

En un hospital, la unidad de triaje se encarga de realizar una evaluación preliminar de los pacientes que llegan a urgencias para determinar la prioridad de atención en función de la gravedad de su condición médica. El objetivo principal del triaje es clasificar a los pacientes de manera rápida y efectiva para asignarles el nivel adecuado de urgencia y asegurarse de que reciban la atención que necesitan cuando la necesitan.

En el triaje se realiza una evaluación rápida de los pacientes teniendo en cuenta sus signos vitales, síntomas y condiciones de salud. Se les asigna una categoría

de emergencia, que puede ser cualquier cosa, desde atención no urgente hasta atención inmediata, según un protocolo o sistema de clasificación establecido.

Al hacer esto, los recursos del hospital pueden usarse de manera efectiva mientras que los pacientes más enfermos pueden recibir atención prioritaria.

Los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y celadores, desempeñan un papel importante en la unidad de triaje. El personal de seguridad participa en el procedimiento de clasificación, ayudando en la admisión de pacientes, recopilando datos esenciales, escoltando a los pacientes a los lugares apropiados y apoyando logísticamente al equipo médico.

Además, los miembros del personal de triaje deben recibir capacitación en el manejo de emergencias, hacer juicios rápidos e interactuar de manera efectiva con el resto del equipo médico. Además de brindar a los pacientes información clara y apoyo emocional durante todo el proceso de selección, es fundamental mantener una actitud empática y compasiva hacia ellos.

La unidad de triaje es crucial en un hospital porque permite una evaluación rápida y precisa de los pacientes en la sala de emergencias, asegurando que reciben la atención adecuada en el momento adecuado. Los camilleros y otro personal de clasificación, incluidos ellos, contribuyen significativamente a la eficacia y el calibre de la atención médica en este proceso de colaboración.

5 Discusión-Conclusión

Al garantizar una clasificación precisa de los pacientes y brindar la atención que necesitan en el menor tiempo posible, la implementación de estas recomendaciones ayudará a garantizar una atención eficiente, segura y humana en la unidad de triaje.

Mantener la limpieza y el orden en el área de triaje ayudará a que los pacientes se desplacen más rápidamente y garantizará la confidencialidad y la privacidad. Mantener la eficiencia y priorizar la atención de los pacientes según los niveles de urgencia son cruciales en la unidad de triaje, sobre todo el papel del celador dentro de esta organización es fundamental para que el servicio de urgencias funciones correctamente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 491

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

ALBA ROMERO PARADA

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

1 Introducción

Una sala donde se llevan a cabo las operaciones se llama quirófano. Dado que necesita comunicarse con ellos, suele estar situado cerca de los servicios de UCI, reanimación y emergencias. Es un servicio único que está sujeto a una serie de normas estrictas en cuanto a prácticas de higiene y flujo de tráfico.

En el quirófano se pueden distinguir las siguientes Zonas:

- Zona negra: No existen restricciones de acceso en esta zona.
- Zona gris: Aunque tiene pocas restricciones (semi limitadas), el acceso a ella requiere el uso de cuñas quirúrgicas, gorro y uniforme aséptico. El almacenamiento de electrodomésticos, también conocido como área limpia, se encuentra a lo largo de los pasillos.
- La zona blanca es una zona restringida. Muy cerca se encuentran el anteaoperatorio y la zona de lavado quirúrgico.

Es crucial entender que el celador, que trabaja como miembro de un equipo multidisciplinario, es un componente crucial de este servicio. Debido a sus responsabilidades en el quirófano, el resto del personal médico puede realizar sus funciones sin comprometer la seguridad del celador, lo que permite una atención más eficiente al paciente.

2 Objetivos

- Conocer todas las funciones del celador en el área quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de un celador en un quirófano, son las siguientes:

1. Los celadores que trabajen en quirófanos asistirán en todas las labores de sala que le sean asignadas a estos servicios, así como las dirigidas por jefes, médicos y enfermeras.
- 2- Los celadores serán los encargados de trasladar a los pacientes de la unidad en que se encuentren a quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando que siempre vayan acompañados de sus historias clínicas, entregadas al celador por el enfermero responsable en la unidad de origen, y siendo entregado al enfermero responsable en quirófano, y viceversa.
3. Ayudarán a colocar al paciente en la mesa de operaciones ayudando al personal médico.
- 4- Trabajan en conjunto con la anestesia para colocar al paciente en la posición ideal, primero para la anestesia y luego para la cirugía.
5. Cuando el médico tratante, el jefe de enfermería u otro cuidador lo solicite, ayudarán a sujetar o movilizar a los pacientes que lo necesiten.
- 6 Reubicarán cualquier mobiliario o equipo necesario para la intervención y lo devolverán a su ubicación original una vez finalizada la obra.

7- El celador permanecerá en el antequirófano durante las intervenciones quirúrgicas en caso de ser necesaria su intervención.

8- Entregarán al laboratorio, al banco de sangre o al servicio de anatomía patológica, la documentación, análisis y pruebas que se hayan realizado durante la intervención.

9- El celador debe enfocarse particularmente en la asepsia mientras está en la sala de operaciones.

10 - Los pacientes que fallecieron durante la intervención serán llevados a la morgue. Si se debe amputar una extremidad, el celador, con el permiso del cirujano, la transportará a la morgue.

11- Cuando el paciente esté siendo trasladado del quirófano al servicio de reanimación, la cabeza estará lateralizada para evitar que el vómito lo ahogue si no está despierto, los brazos y los codos estarán por encima del cuerpo y nunca deben sobresalir de la cama, y estaremos muy atentos a la colocación de drenajes y sondas para evitar su rotura.

12- Uno de los deberes específicos del celador es afeitar a los pacientes; hacen esto para pacientes masculinos que se someterán a una cirugía que requiere afeitar el área afectada.

5 Discusión-Conclusión

Como manual básico para el nuevo personal, hemos aprendido cada responsabilidad específica que tiene un celador dentro del área quirúrgica para que siempre sepan qué hacer.

La máxima higiene y la respuesta de un celador en el desempeño de sus funciones y tareas son el centro de todo su trabajo en el área de quirófano. Siempre deberá prestar mucha atención a los profesionales médicos empleados por el Servicio, cumplir con todas las normas y reglamentos, mostrar respeto por la institución y servicio al que ha sido asignado y tratar tanto al personal como a los pacientes con la máxima discreción. 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- Tipos de celador: desde la ambulancia hasta el quirófano- Juan Luis Gómez Frieiro- 11 diciembre 2018- disponible en <https://www.campustraining.es/noticias/tipos-de-celador/>.

2- Definición de quirófano- Maria Merino y Julian Pérez Porto - 2013- disponible en <https://definicion.de/quiropfano/>.

Capítulo 492

FUNCIONES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y LAS TAREAS DESARROLLADAS POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ESTE SERVICIO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

1 Introducción

Dentro del sistema sanitario español, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica es el servicio no asistencial que se encarga de la gestión de la historia clínica de los pacientes, así como de la facilitación del acceso al paciente a la asistencia sanitaria. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio prestado por un equipo multidisciplinar formado por profesionales sanitarios y profesionales no sanitarios. Sus funciones están vinculadas a la gestión de pacientes, la gestión de la documentación clínica, la información asistencial, la

coordinación y la docencia e investigación, esto incluye el desarrollo de tareas relacionadas con:

- La facilitación del acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito que corresponda.
- La admisión de pacientes para la asistencia ambulatoria y hospitalaria, la gestión de demanda quirúrgica y el registro de los usuarios asistidos en el servicio de urgencias.
- La citación de las consultas externas y de las pruebas diagnósticas.
- La gestión y organización del archivo de documentación y de las historias clínicas, respetando la Ley de Protección de Datos, así como de su codificación.
- La coordinación con los distintos servicios o unidades del hospital, intercentros y con la Atención Primaria, así como la colaboración con el área de gestión del hospital.
- El desarrollo de sistemas de recuperación de la información clínica para el uso asistencial, docente y de investigación.

El auxiliar administrativo forma parte del equipo multidisciplinar que se ocupa, a través de la realización de sus tareas, de garantizar que se cumplan los objetivos marcados en el desarrollo de sus funciones. Sus máximas responsabilidades están relacionadas con la gestión de pacientes y la documentación clínica, así como de facilitar el acceso de los usuarios a la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

- Analizar las funciones desarrolladas por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Describir las tareas realizadas por el auxiliar administrativo que desempeña su labor en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica destacando su importancia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico usando como palabras claves: “Servicio de Admisión y Doc-

umentación Clínica” o “el auxiliar administrativo en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica”.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene varias funciones específicas, que incluye la gestión de pacientes. El auxiliar administrativo es parte del personal que se encarga de la organización y la tramitación de la afluencia de los pacientes por las diferentes unidades y servicios del centro sanitario. En la gestión de pacientes se actúa desde diferentes áreas:

- Desde el área de hospitalización se tramitan las solicitudes y se programen los ingresos de los pacientes para saber el número de ingresos, así como los datos asociados a estos. Los ingresos se gestionan dependiendo de las prioridades y de los criterios que el centro establece. Hay que considerar el número de camas disponibles teniendo en cuenta las que ya están asignadas y de la demanda asistencial que se prevé, y gestionar las camas de manera que a cada solicitud de ingreso se le asigne a una cama concreta dentro de una unidad de enfermería, teniendo en cuenta la situación clínica del enfermo y el número de camas libres. También debe conocer el número de altas previstas y se ocupa de la autorización del traslado de pacientes a otra habitación. En esta misma área se ocupa del registro de hospitalización: de la preparación de la documentación administrativa necesaria para el ingreso del paciente y en el alta se cierra el episodio de hospitalización. Durante el proceso asistencial se ocupa de tareas de coordinación organizativa. También pueden ocuparse de informar a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios.
- Desde el área de actividad se gestiona la inclusión, autorización y el registro de los pacientes en la lista de espera quirúrgica. También se realizan tareas de coordinación de los estudios preoperatorios, programación de citas y control para que no se produzcan caducidades en los estudios. Se realiza la gestión de la programación quirúrgica proporcionando pacientes al servicio, así como sus preparativos, incluyendo los partes quirúrgicos, la reserva de las camas y la comunicación con pacientes para avisarlos de la cirugía y dando indicaciones sobre el ingreso.
- Desde el área de atención ambulatoria se realiza la planificación y la gestión de agendas y su constante actualización. Se administran las solicitudes de citas, registrando aspectos como los datos identificativos de los de pacientes, a quién y a qué especialidad se solicita la cita, y cuál es la prioridad clínica. Se ocupa de proporcionar información a la dirección sobre la actividad programada: pacientes

atendidos, en espera o retrasos.

- Desde el área de urgencias se realiza el registro de los episodios de urgencia, dando de alta o actualizando la información de los pacientes mediante entrevistas a estos y la solicitud de la documentación acreditativa. Se numeran y se registran las asistencias con datos como la fecha, la hora, el motivo de la atención y de dónde procede el paciente. Se realiza el archivo de las asistencias, así como el registro de las altas con información como la fecha, el destino y el diagnóstico del paciente. Sirve de soporte a los servicios de urgencias, gestionando las solicitudes de las historias clínicas. También se atienden las consultas administrativas sobre el servicio de urgencias de los pacientes y familiares que lo soliciten.

- Desde el área de derivaciones intercentros, es el encargado de la recepción, el registro y la gestión de las solicitudes de asistencia, facilitando la coordinación y la comunicación del centro con el resto de los centros. Desde esta área también se selecciona, avisa y localiza a los pacientes para la derivación y se realiza la gestión de la documentación clínica.

En el desempeño de su trabajo en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, al auxiliar administrativo le corresponderá mantener actualizada la información de los pacientes en el sistema de información del hospital. Esto incluye la gestión de la historia clínica del paciente, es decir el acopio y la organización de toda la información clínica generada por un paciente independientemente del centro sanitario en el que haya recibido asistencia, así como la custodia y la conservación de la documentación generada en los sucesivos procesos asistenciales que sucedan a lo largo de su vida. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica también es el encargado de autorizar el préstamo y movimiento de los documentos clínicos, estando constantemente informado de la localización precisa de estos, garantizando su disponibilidad cuando sean demandados y salvaguardando su carácter confidencial.

El auxiliar administrativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica también se ocupará de la realización de tareas de archivo y gestión de la documentación no clínica participando en su clasificación y codificación y archivo de historias clínicas, también colaborará en la elaboración de estadísticas e informes de actividad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio no asistencial a través del cual se intenta facilitar la relación administrativa del paciente con los distintos servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Sus funciones

se desarrollan desde distintas áreas: de gestión de pacientes, de gestión de la documentación clínica, de información asistencial, de coordinación y de docencia e investigación. Este servicio está conformado por un equipo multidisciplinar de profesionales entre los que se encuentran los auxiliares administrativos.

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica contribuyendo, como parte del equipo multidisciplinar que lo integra, a que se cumplan los objetivos que el Sistema Nacional de Salud establece para él. Esta aportación la realiza a través del desempeño de tareas esenciales en la gestión de pacientes y documentación, coordinación, atención al cliente, etc., siempre garantizando la confidencialidad y maximizando la calidad de la atención, contribuyendo con ello a mejorar la eficacia del servicio.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
2. Super User. Admisión y documentación clínica [Internet]. Ibsalut.es. [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>.
3. La función del auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/funcion-administrativo-admision-documentacion-clinica/>.
4. Ocronos R. El auxiliar administrativo en el servicio de admisión y documentación clínica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-admision-documentacion-clinica/amp/>.
5. del SADC: I-F. FUNCIONES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA [Internet]. Areasaludcaceres.es. [citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1734img.pdf>.

Capítulo 493

FUNCIONES DE LA TARJETA SANITARIA Y LA GESTIÓN REALIZADA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud en España ha experimentado transformaciones muy importantes a lo largo de su historia, configurándose como uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar español y de la atención médica a la población española.

Una pieza fundamental del sistema es la tarjeta sanitaria individual, que, básicamente, es el documento administrativo que garantiza el acceso a la asistencia sanitaria. Desde su implantación, esta tarjeta ha evolucionado y se ha transformado, adecuándose a las nuevas necesidades surgidas y a los avances de las tecnologías de la información.

A nivel estatal, la tarjeta sanitaria individual está regulada, fundamentalmente, por la siguiente normativa:

- El artículo 57 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece que la tarjeta sanitaria se constituye como el documento que permite el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y que debe incluir los datos básicos de identificación del titular, así como el derecho a la prestación farmacéutica y el servicio de salud o la entidad responsable de la asistencia médica.
- El Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, cumpliendo el mandato de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, es el encargado de regular la tarjeta sanitaria individual y establece los datos básicos comunes que deben incorporar todas las tarjetas, así como el código de identificación personal único para cada ciudadano en el Sistema Nacional de Salud.
- El Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, que modifica el Real Decreto 183/2004 en el que el Gobierno, en coordinación con las distintas administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, establece un formato único de tarjeta sanitaria, común en todo el ámbito nacional y válido en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La tarjeta sanitaria individual es emitida por las comunidades autónomas y desde los centros de salud y dado que este documento personalizado garantiza el derecho a la asistencia sanitaria y la aportación farmacéutica correspondiente, los auxiliares administrativos van a ser figuras esenciales en la gestión de la tarjeta sanitaria por ser los responsables de tramitar las solicitudes y gestionar los procedimientos vinculados a ella.

Así, el auxiliar administrativo debe tener un profundo conocimiento de la tecnología informática específica usada en la gestión de la tarjeta, para atender las demandas diarias y facilitar los trámites a los usuarios.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la tarjeta sanitaria individual en el Sistema Nacional de Salud como documento administrativo que garantiza la asistencia médica en todo el país.
- Describir la estructura y los datos presentes en la tarjeta sanitaria individual.
- Exponer y analizar el papel del auxiliar administrativo en la gestión de la tarjeta sanitaria individual.

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: “tarjeta sanitaria” o “auxiliar administrativo y tarjeta sanitaria”.

4 Resultados

La tarjeta sanitaria individual tiene una estructura establecida que refleja la información esencial del usuario.

La solicitud de la tarjeta se realiza en el centro de atención primaria que le corresponda según su domicilio o empadronamiento. En el proceso de solicitud será el auxiliar administrativo quien guíe a los solicitantes durante el trámite. Los documentos necesarios para este procedimiento incluyen documentación de acreditación personal como el DNI, el NIE en el caso de que el usuario sea extranjero o, en el caso de menores de 14 años, el libro de familia. También será necesario un documento acreditativo o de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria expedido por la Seguridad Social y, finalmente, el certificado de empadronamiento en la localidad. Una vez presentados toda la documentación, el auxiliar administrativo tramita la solicitud que llegará a la gerencia del área sanitaria. Finalmente, la tarjeta llegará a través del correo ordinario al domicilio del solicitante.

El orden y los datos establecidos legalmente que se encuentran en la tarjeta sanitaria individual son los siguientes:

- En el anverso de la Tarjeta, franja superior, deben aparecer las leyendas “Sistema Nacional De Salud de España” y “Tarjeta Sanitaria”. También en el anverso, pero en el ángulo superior izquierdo, debe aparecer bien la fotografía del titular o la imagen institucional de la administración que emite la tarjeta.
- En la franja media del anverso debe aparecer la imagen institucional de la administración emisora en las tarjetas que incluyen fotografía del titular, o un espacio vacío si es una tarjeta que no contiene fotografía identificativa.

- En la franja inferior del anverso constará el código de identificación personal del usuario y que es asignado por la administración sanitaria que emite la tarjeta. Y otros datos como el DNI o NIE, el número de seguridad social, la fecha de caducidad de la tarjeta, el teléfono de urgencias que corresponda al usuario, el nombre y los apellidos del titular de la tarjeta, el código de identificación personal asignado por el Sistema Nacional de Salud (CIP SNS), y el código de la administración sanitaria encargada de la emisión de la tarjeta (CITE) y, finalmente, y dependiendo de la administración sanitaria emisora, en la derecha se constarán en braille las iniciales de “Tarjeta Sanitaria Individual”.

- El reverso de la tarjeta está compuesto por una banda magnética con tres pistas, la primera contiene datos como el CIP-xx o número asignado por la administración que emite la tarjeta sanitaria, el CIP SNS, el CITE, y el nombre y apellidos del usuario titular; la segunda es una pista libre y la tercera es una pista regrabable.

Las tarjetas sanitarias individuales emitidas a partir de marzo de 2012 no caducan y solo necesitan renovarse por pérdida, deterioro o cambio de datos. Únicamente en estos casos los auxiliares administrativos tramitarán las gestiones necesarias para la obtención de una nueva tarjeta por parte del usuario o paciente.

5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria individual en el contexto del Sistema Nacional de Salud español se ha revelado como un componente esencial que garantizar el acceso a la asistencia médica y otros derechos contemplados por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las consejerías encargadas de la sanidad de las comunidades autónomas. Su evolución y adaptación responde a las nuevas necesidades detectadas y a los avances tecnológicos acaecidos y que siguen demostrando su importancia para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

Hay que destacar el papel desempeñado por los auxiliares administrativos en la gestión de la tarjeta sanitaria individual. Su responsabilidad en la tramitación de solicitudes y en la gestión de los procesos relacionados con esta tarjeta y su conocimiento de los programas informáticos específicos es esencial para asistir en las necesidades diarias de los pacientes y usuarios. La colaboración entre ambas partes garantiza una gestión más sencilla y eficiente.

En conclusión, es necesario señalar la gran importancia de la tarjeta sanitaria individual en el marco del Sistema Nacional de Salud español y cómo los auxiliares administrativos contribuyen a asegurar un acceso efectivo a la atención médica para todos los usuarios y para mantener la calidad de los servicios de salud en

España.

6 Bibliografía

1. BOE-A-2013-10326 Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual [Internet]. Boe.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-10326>.
2. Durán M. Solicitar la tarjeta sanitaria en España [Internet]. Entre Trámites. Entre trámites; 2020 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://entretamites.com/ayudas/como-solicitar-tarjeta-sanitaria-espana>.
3. Tarjeta sanitaria individual. Solicitud. El Auxiliar Administrativo contacto en Atención Primaria [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo”. 2021 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://congresosicepa.com/tarjeta-sanitaria-individual-solicitud/>.
4. Ocronos R. El papel de auxiliar administrativo en instituciones sanitarias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-laborales-auxiliar-administrativo-instituciones-sanitarias/amp/>.

Capítulo 494

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA PILAR ÁLVAREZ ALCAIDE

MARIA INMACULADA JIMÉNEZ VERBO

ANA MARIA CARPIO ACEDO

GEMA GARCIA-ABADILLO PEINADO

NIEVES BERMEJO PARRAS

1 Introducción

Dentro de la asistencia sanitaria, los centros hospitalarios desempeñan un rol fundamental en la asistencia médica y en la atención a los usuarios y los pacientes. La organización y gestión de los centros hospitalarios dependen de un equipo multidisciplinar que trabaja las 24 horas del día para brindar atención eficiente y de calidad a pacientes y usuarios. Dentro de este equipo multidisciplinar, los auxiliares administrativos constituyen una parte fundamental en la gestión y organización a partir del desarrollo de diversas funciones que mantienen el funcionamiento constante fluido de estas instituciones para la salud.

El Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971 establece en su literalidad para el grupo auxiliar administrativo las funciones específicas a desarrollar por este grupo:

- La realización de labores de apoyo material, ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas y asistenciales relativas a la institución en la que trabaje. En este caso, el centro hospitalario.
- El desarrollo de funciones de Secretarías de planta y servicios.
- La realización de funciones vinculadas a la preparación y tratamiento de los datos para la información.

En la complejidad que supone el funcionamiento de un hospital, los auxiliares administrativos abarcan una serie de tareas que engloban áreas esenciales. Desde tareas vinculadas a la administración y gestión interna del hospital como la preparación de documentos, su archivo o digitalización o la gestión de datos informáticos, hasta el desarrollo de un papel fundamental en la interacción personal o telefónica con los usuarios y pacientes.

Además, a medida que el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) avanzan, el papel del auxiliar administrativo en el hospital se vuelve aún más relevante, ya que su aportación especializada, su autonomía y su responsabilidad en el desarrollo de su trabajo hacen de ellos un recurso de enorme valor para el funcionamiento eficiente y prestación de servicios de calidad de las instituciones hospitalarias.

2 Objetivos

- Analizar el papel fundamental de los auxiliares administrativos en su prestación de servicios dentro del ámbito de los centros hospitalarios.
- Exponer y destacar la variedad de funciones y tareas realizadas por los auxiliares administrativos en los centros hospitalarios, remarcando su contribución para un funcionamiento eficiente de este.

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 sanitario” o “auxiliar administrativo en hospitales”.

4 Resultados

Las funciones desarrolladas por el auxiliar administrativo en el ámbito de un centro hospitalario son muchas y variadas y sus gestiones están presentes prácticamente en cualquier unidad o servicio del hospital. Además, estas funciones pueden variar ligeramente dependiendo de si el centro hospitalario es de titularidad pública o privada, de si se encuentra en una comunidad autónoma o en otra, e, incluso, cada centro tendrá sus propias especificidades. Por ello resulta complicado abarcar todas las funciones e, incluso, sintetizarlas. Una aproximación sería la siguiente:

- Funciones generales:

En primer lugar, hay que mencionar las tratadas explícitamente por la normativa, que consistirían en prestar apoyo material, ejercicio y desarrollo de tareas administrativas y asistenciales en la institución hospitalaria, la realización de tareas de secretaría de planta y servicios, así como la preparación y el tratamiento de datos para la información. Dentro de las funciones generales se podría agregar la de colaboración con el equipo de operaciones, administración y gerencia en sus distintas actividades de investigación y planificación. No hay que olvidar que otra de las funciones generales del auxiliar administrativo es su contribución al mantenimiento de la confidencialidad de la información relativa a los pacientes.

- Funciones de tratamiento de datos informáticos, expedientes y documentación: Preparando y procesando los datos de los usuarios o de los pacientes y, además, organizando y tramitando tanto expedientes administrativos como expedientes médicos. Así como registrar y archivar documentos o la elaboración de estadísticas.

- Funciones de atención al público:

Es función del auxiliar administrativo la atención al paciente y a los usuarios, ya sea en persona como de manera telefónica, proporcionando la información solicitada sobre los servicios hospitalarios y respondiendo a las cuestiones y demandas presentadas.

- Funciones de admisión y de admisión en urgencias:

Realizando aquellas tareas administrativas necesarias en los trámites de admisión de los pacientes y registrando los cambios en la ubicación de los pacientes entre

unidades o desde el servicio de urgencias a las unidades de destino correspondientes.

- Funciones en la gestión de citas:

Gestionando las citas médicas de los pacientes de solicitadas de manera presencial o telefónicamente.

- Funciones de colaboración interdepartamental:

Favoreciendo el funcionamiento del centro hospitalario como un conjunto de servicios que forman una unidad.

- Funciones de gestión financiera y de gestión de recursos:

Desarrollando funciones puramente administrativas como la elaboración y control de facturas o la gestión de registros de entradas y salidas.

- Funciones de soporte en las unidades que se requiera: Realización de tareas, farmacia, laboratorio, radiología, etc.

- Funciones de uso de las TIC:

Usando los programas específicos requeridos para la gestión y tratamiento de la información y de los procesos administrativos.

En resumen, las funciones de un auxiliar administrativo en un hospital son muy variadas y su papel es fundamental para el buen funcionamiento del centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario es de gran importancia para el funcionamiento eficiente del sistema sanitario general. Estos profesionales desarrollan una diversidad de funciones que abarcan desde la asistencia a la administración o gestión interna hasta la atención directa a pacientes y usuarios. Además, el avance rápido de las tecnologías de la información hace que su aportación se vuelva aún más valiosa, ya que se requiere de más especialización y un mayor grado de autonomía y de responsabilidad que garantice una gestión de la información y de los procesos administrativos más precisa.

En los centros hospitalarios, los auxiliares administrativos desempeñan funciones que cubren áreas esenciales como la gestión de datos informáticos y documentación, la atención al público, servicios de admisión, gestión de citas, elaboración de facturas, soporte en distintas unidades, etc. Lo que demuestra su gran capacidad de adaptación y versatilidad.

En conclusión, el auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario, con su capacidad para asistir en la organización interna, para gestionar información y para proporcionar un servicio de atención a usuarios y pacientes, ayuda en el propósito

del centro hospitalario de la prestación de atención de máxima calidad.

6 Bibliografía

1. Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social [Internet]. Gob.es. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/personal_estat4.pdf.
2. De Enfermería Ocronos RM y. Auxiliares Administrativos y su trabajo en el Hospital [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>.
3. Ocronos R. Funciones del auxiliar administrativo en los centros sanitarios [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/amp/>.
4. Javier GF. Funciones de un Auxiliar Administrativo en un Hospital [Internet]. Centrifugadora. 2023 [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://lacentrifugadora.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital/>.

Capítulo 495

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA RECEPCIÓN DE LOS PACIENTES

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

1 Introducción

La administración en la recepción de pacientes desempeña un papel fundamental en cualquier entorno de atención médica, ya sea en un hospital, clínica u otro centro de salud. Como primer punto de contacto entre los pacientes y el sistema sanitario, este espacio debe ser eficaz y amable.

Importante tener en cuenta: Dependiendo del entorno y los requisitos únicos del hospital, las responsabilidades del auxiliar administrativo al recibir a los pacientes pueden cambiar. Sin embargo, las tareas antes mencionadas son cruciales para garantizar un proceso de recepción fluido, una atención al paciente de alta calidad y una gestión eficaz de los aspectos administrativos en la recepción hospitalaria.

Al ofrecer apoyo administrativo y logístico, el auxiliar administrativo juega un papel crucial en la recepción de pacientes hospitalarios. Sus funciones son cruciales para garantizar un procedimiento de registro fluido, una experiencia satisfactoria para el paciente y una gestión eficaz de la información.

Para garantizar una gestión eficaz y precisa de la información, se debe documentar el registro del paciente del hospital. Se recomienda mantener registros completos que estén actualizados y que contengan la información personal del paciente, incluido el nombre, fecha de nacimiento, dirección y contacto de emergencia.

Es fundamental registrar los detalles de la admisión, como el propósito de la consulta, cualquier historial médico pertinente y cualquier diagnóstico preliminar.

2 Objetivos

- Definir y evaluar las funciones de un auxiliar administrativo en la recepción de pacientes.

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 como PubMed, Medline y Scielo. Solo se eligieron para mayor consideración aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Las funciones y tareas principales un auxiliar administrativo al recibir pacientes incluyen:

- Registro de pacientes:

A su llegada, la administración debe recopilar y registrar la información médica y personal de los pacientes. Esto implica recopilar información como nombre, edad, número de identificación, información de contacto de emergencia y seguro médico, entre otros.

- Verificación de Información del Paciente:

Se verifica la información del paciente, incluyendo si tiene seguro médico y si debe cumplir con algún requisito administrativo.

- La concertación y asignación de citas tanto para consultas médicas como para procedimientos y pruebas diagnósticas es responsabilidad de la administración.

- Coordinación de servicios:

Para coordinar los servicios necesarios para los pacientes, como programar citas con especialistas, reservar quirófanos o solicitar pruebas adicionales, la administración trabaja en estrecha colaboración con varios departamentos y especialidades.

- Gestiona los registros y la documentación relacionados con la admisión de pacientes, como formularios de admisión, registros médicos y consentimiento informado, y se asegura de que se mantengan actualizados y organizados.

- Servicio al paciente:

La gerencia ofrece un servicio útil al paciente, respondiendo consultas, difundiendo conocimientos y abordar cualquier problema que pueda surgir durante el procedimiento de recepción.

- Facturación y Cobro:

En algunos casos, la administración puede estar a cargo de la facturación y el cobro de los servicios prestados a los pacientes, garantizando que se realice de forma precisa y rápida.

Es crucial que el personal de administración, en este caso de un auxiliar administrativo, en la recepción del paciente sea de forma receptiva, efectiva y esté enfocada en brindarle al paciente una experiencia positiva de inmediato. Esto implica tener sistemas y procedimientos efectivos, personal capacitado y líneas de comunicación abiertas con los distintos departamentos y proveedores de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una gestión eficaz y precisa de la información, se debe documentar el registro del paciente del hospital. Se recomienda mantener registros completos que estén actualizados y que contengan información personal del paciente, como nombre, fecha de nacimiento, dirección e información de contacto de emergencia.

Además, es fundamental registrar los detalles de la admisión, como el propósito de la consulta, cualquier historial médico pertinente y cualquier diagnóstico preliminar.

De manera similar, cualquier procedimiento, tratamiento o medicamento administrado al paciente mientras estaba en el hospital debe documentarse. La documentación debe ser legible, clara y cumplir con las políticas de privacidad y

confidencialidad de datos. Un registro adecuado facilita mantener la continuidad de la atención, tomar decisiones clínicas y monitorear a los pacientes mientras están en el hospital.

6 Bibliografía

1. García Álvarez (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143-154.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 496

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE EXTRACCIONES

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

MARÍA GARCÍA ALBERCA

1 Introducción

El edificio de consultas externas de los centros de atención especializada suele tener el servicio de extracción en la planta baja, donde también se incluye el personal que trabaja en los campos de la salud física y social.

Además del personal sanitario y sociosanitario que desarrolla su labor en el servicio, también hay auxiliares administrativos, que pertenecen a laboratorios de hematología, microbiología y bioquímica, que se encargan de:

- Confirmar los resultados de cada prueba, el cual se carga en el programa para verificar la validez de los volantes entregados de las personas que realicen la extracción o transporte de la muestra, correspondiente a los centros de salud.
- Incluir los volantes distribuidos por atención primaria.
- Unificar los volantes cuando hay varios de una misma persona. Las pruebas pueden agruparse, para que los laboratorios puedan procesar las muestras más fácilmente y no duplicarlos.

Hay diferentes tipos de volantes en función de que vengan por una vía u otra y el tratamiento que se les da es diferente. La principal diferencia entre ellos es el color de la pegatina que se aplica al volante y del tubo o recipiente en el que se encuentra la muestra. Asociar cada uno es responsabilidad primordial del auxiliar administrativo. Cada muestra tiene una etiqueta con la información de la persona correspondiente y está conectado al propietario para evitar errores.

2 Objetivos

Conocer el trabajo que realiza el personal auxiliar administrativo en el servicio de extracciones de los centros de atención especializada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 personal auxiliar administrativo llega a las extracciones se encuentra con una variedad de volantes, cada uno de los cuales está marcado con una pegatina de diferente color según el centro o el tipo de prueba, como se describe a continuación:

- Son volantes de profesionales médicos que trabajan en hospitales o en atención primaria, de personas que visitan hospitales para las extracciones o entregar muestras. Estas pruebas incluyen las de hematología, bioquímica y serología.
- Con el mismo origen que los anteriores, pero las pruebas son para el laboratorio de microbiología.
- Son volantes urgentes.
- Pruebas de las personas que están ingresadas en el hospital.
- Vienen de otros centros.
- También pueden proceder de especialistas o de atención primaria, pero en este caso la extracción se realiza en el centro médico correspondiente.

A primera hora de la mañana se entregan volantes con pegatinas de colores de las personas que realizan la extracción o entregan la muestra en el propio hospital. Excepto aquellos que traen la muestra desde casa y la entregan en mostrador, en cuyo caso el personal auxiliar administrativo es el encargado de validar los volantes, los cuales, si son de un especialista, son validados por el personal de enfermería que realiza la extracción.

- Si son volantes de atención primaria, se tienen que subir manualmente, incluyendo toda la información demográfica y las pruebas que figuran en el volante en papel que nos entregarán. Cuando existan dos volantes de una misma persona con el mismo número de pegatina, se deberán combinar. Para ello, comprueba cuál está verificado a través del programa utilizado por el servicio de salud y agrega las pruebas del otro. Además, se anota el servicio y el nombre del médico que solicitó el volante en la sección denominada "Comentarios" para que pueda recibir una copia de los resultados. El segundo paso es cancelar el segundo volante del programa dándole un número de volante específico.
- Las personas que ingresan en el propio centro figuran en listas de plantas que llegan a lo largo de la mañana junto con volantes. Ya han sido verificados por las enfermeras que estuvieron a cargo de la extracción, y es trabajo del auxiliar administrativo confirmarlo, agregar cualquier evidencia escrita manualmente y, si es necesario, combinar volantes.
- Los volantes de las personas que toman la muestra en su centro de salud empiezan a llegar alrededor del mediodía. Lo primero que tienen que hacer con ellos es ordenar cada centro según el número de pegatinas para ver si hay varios volantes de la misma persona con el mismo número para combinarlos. Siempre que sean de especialistas del hospital, posteriormente se validan en el programa informático mediante la función "autoetiquetas", tras lo cual se comprueba si se han introducido todas las pruebas y es necesario realizar alguna prueba adicional. Dado que no es posible validar un volante de especialista que ya ha sido utilizado, debemos ingresar manualmente los datos del paciente, el servicio al que pertenece y dirigido, el especialista, el diagnóstico y las pruebas en el programa. Los volantes de años anteriores que aparecen en el sistema como vencido experimentan el mismo problema y deben manejarse de manera similar. Pruebas como el análisis de orina de 24 horas y la curva de glucemia para mujeres embarazadas son ejemplos de aquellas que no deben combinarse con otro tipo de pruebas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del personal auxiliar administrativo en el servicio de extracciones es fundamental, ya que ayuda a facilitar el trabajo de los laboratorios y del personal que trabaja en ellos, ya que la posible pérdida o tener varios volantes evita que se pueda analizar dos veces lo mismo cuando se repiten pruebas de facultativos diferentes, así que cuando una vez que la muestra está en el laboratorio, es posible determinar a quién pertenece.

El auxiliar administrativo debe entregar los resultados a todo el personal médico que los requiera para el desempeño de sus funciones y para dar el resultado a los pacientes.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 497

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO

MARÍA DE LOS DOLORES CARRETERO MARTÍNEZ

MARÍA JESÚS SIMARRO CORTÉS

MARÍA GARCÍA ALBERCA

JUANA DUQUE DUQUE

MANUELA CARMEN ALARCÓN ALCOLEA

1 Introducción

Las funciones de un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario vienen reguladas por la Orden de 28 de mayo de 1984, que modifica el Estatuto de Personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

La ley 55/20003, de 16 de diciembre deroga esta normativa, pero su disposición derogatoria sexta indica expresamente que se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición única.

Las funciones que en línea general realizan los auxiliares administrativos son:

- Atención al público, atención telefónica, gestión de citas de los pacientes.
- Orientación e información a los pacientes y usuarios del sistema sanitario.
- Tramitación administrativa de documentos, expedientes y comunicaciones internas y externas.

- Elaboración, actualización y mantenimiento de documentos, archivos y ficheros.
- Digitalización de documentos.
- Manejo del equipo de ofimática y bases de datos.
- Apoyo administrativo a la gestión y seguimiento de área.
- Registro.
- Realización de informes y elaboración de estadísticas.

Si nos fijamos en las funciones que estipula para lo auxiliares administrativos, estas son muy genéricas, de ahí que en este capítulo las vamos a especificar para el área de quirófano.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones específicas de los auxiliares administrativos en el área de quirófano.
- Poner en valor el papel de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario.

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 utilizados para la búsqueda: auxiliar administrativo, funciones auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, quirófano.

4 Resultados

Las funciones más importantes que los auxiliares administrativos llevan a cabo en el área de quirófano son:

- Imprimir los listados de las intervenciones previstas cada día.
- Imprimir etiquetas identificativas de cada una de las personas que van a ser intervenidas ese día.
- Imprimir las pulseras identificativas de cada una de las personas que van a ser intervenidas ese día.
- Realizar los escritos que surjan dirigidos a Dirección Médica o cualquier otro servicio hospitalario.
- Realizar justificantes de ingreso, intervención, acompañante para los pacientes y sus familiares.

- Se reparte el parte quirúrgico a cada servicio el día anterior para que sepan las intervenciones que tienen pendientes.
- Pedir el material que se ha utilizado ese día en cada una de las intervenciones realizadas para garantizar que al día siguiente esté todo el material.
- Pedir el material externo necesario para cualquier intervención que requiera un material específico y que no disponga el hospital.
- Realizar la recepción de material, comprobando que hemos recibido lo que se había pedido.
- Reclamar material no recibido.
- Tramitar facturación con el servicio de suministros, para que se produzca el pago a la empresa suministradora.
- Se comunican incidencias en el servicio a mantenimiento, lencería e informática.
- Se solicita el material fungible para los auxiliares administrativos.
- Se solicitan las mascarillas FFP II para auxiliares administrativos y facultativos.
- Se hace reparto de mascarillas según instrucciones de Dirección Médica.
- Se escanean todas las fichas de material usado en cada uno de los servicios.
- Se solicitan a farmacia hospitalaria todos los estupefacientes que son necesarios para o durante las intervenciones.
- Se hacen las estadísticas semanales, mensuales y anuales de las intervenciones realizadas en el servicio.

Concluyendo es de vital importancia el papel que desempeña el auxiliar administrativo en el área de quirófano de los centros hospitalarios para una correcta gestión y coordinación de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

Ahora que conocemos las múltiples funciones que el auxiliar administrativo desarrolla en el área de quirófano podríamos responder a la pregunta del título del capítulo con un rotundo sí.

El auxiliar administrativo, eslabón poco valorado en el ámbito sanitario, es el responsable entre otras cosas garantizar existencias de material necesario en las distintas intervenciones.

Podríamos decir que es el primer eslabón de una cadena, que si no funciona dificulta que los otros eslabones puedan desarrollar su labor.

Concluyendo es de vital importancia el papel que desempeña el auxiliar administrativo en el área de quirófano de los centros hospitalarios para una correcta gestión y coordinación de este servicio.

6 Bibliografía

1. Orden de 28 de mayo de 1984, que modifica el Estatuto de Personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

Capítulo 498

INFLUENCIA DEL TRABAJO A TURNOS EN EL CELADOR

RUBÉN QUESADA CASTRO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

DOLORES ROMERO ROMÁN

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

1 Introducción

El horario de trabajo es importante para el profesional porque marca las pautas de empleo y descanso.

Existen distintas jornadas laborales, pero este trabajo se centra en la jornada a turnos.

Las jornadas a turnos son aquellas que se completan de forma colectiva (es decir, por distintos grupos de trabajadores), donde cada turno trabaja 8 horas, completando así las 16 horas o 24 horas diarias.

El estatuto de trabajadores indica que el trabajo a turnos es una forma de organización del trabajo, ya sea continuo o discontinuo, implicando la necesidad del trabajador de dar servicio en horas diferentes en un periodo de tiempo de días o semanas.

La necesidad de que trabajen a turnos es debido a que la gran mayoría de servicios hospitalarios necesitan estar disponibles las 24 horas del día, por lo cual

se necesita un servicio continuado, ya sea personal médico, enfermería e incluso celador, ya que se precisan sus servicios tanto en la unidad de urgencias como en el resto de plantas en horario nocturno.

Además, entra en juego el riesgo laboral, puesto que, estudios han determinado que dependiendo de la gestión de turnos que posea el profesional, puede incrementar exponencialmente el riesgo fatiga. Por eso, es necesario que estén bien repartidos. La fatiga puede llegar a afectar al profesional negativamente, pudiendo repercutir en sus capacidades físicas y mentales.

2 Objetivos

- Mostrar que es el trabajo a turnos.
- Explicar los tipos de trabajos a turnos que existen.
- Dar a conocer las consecuencias del trabajo a turnos.

3 Metodología

Utilizaremos una revisión bibliográfica relacionada con los turnos en el puesto de celador.

Para ello utilizaremos estos registros de búsqueda: “turnicidad”, “celador” y “estatutos”.

También haremos una revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMe, y revisaremos los artículos o leyes para recoger la información más actualizada posible.

4 Resultados

Las jornadas a turnos son horas de trabajo que se completan de forma colectiva, siendo de 8 horas cada una para poder completar las 16 horas o 24 horas diarias (dependiendo del servicio que se preste)

Anteriormente, hemos comentado que el hospital está todo el día en funcionamiento, por lo cual los trabajadores tienen que dosificarlo por turnos.

Nos encontramos con tres tipos de turnos de trabajo:

- Turnos discontinuos: El trabajador realizará turnos de mañana y de tardes, descansando los fines de semana.
- Turnos semidiscontinuos: Realizará las mañanas, los turnos de tarde y los turnos de noche, pero no trabajará los domingos.

- Turnos continuos: Los profesionales trabajarán indistintamente mañana, tardes y noches, incluido los fines de semana. (Entendemos trabajo nocturno como el trabajo comprendido desde las 10 de la noche hasta las 6 de la mañana)

Se ha descubierto que la jornada por turnos es un riesgo laboral, ya sea a largo o a corto plazo. Esto se debe a que la jornada de trabajo por turnos obliga al profesional a mantenerse despierto cuando debería estar descansando o viceversa, lo que conlleva que la persona no descanse adecuadamente, y sufra complicaciones en su vida profesional y personal, además de la probabilidad de sufrir insomnio, migrañas o trastornos digestivos debido al cambio en los horarios de comidas.

Las complicaciones en la vida personal se debe al poco margen de vida familiar del que disponen, ya que los horarios están determinados, y no siempre coinciden con los horarios de trabajo fijos que tienen la mayoría de familiares, por lo que es complicado conseguir una buena conciliación familiar y profesional.

Es importante llevar un determinado control de los turnos que realizan los trabajadores, para que no se dé el caso de que haya exceso de turnos que puedan repercutir en su salud física y mental, y no derive en peores diagnósticos.

Un exceso de turnos puede provocar fatiga, alteración del sueño, trastornos nerviosos, cardiovasculares, etcétera.

Por último, existen dos puntos esenciales para un buen funcionamiento de los turnos: Uno de ellos es la motivación extra, sobre todo celadores en la zona de urgencias, para hacer frente a los turnos en los que trabajan. El segundo es una buena organización, para planificar la semana o mes, las tareas de casa o planes familiares con base en los turnos que tenga, y así poder complementar la vida personal con la profesional para evitar que los trabajadores sufran problemas de ansiedad o depresión.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el trabajo a turnos es una buena gestión del tiempo diario trabajado siempre y cuando el celador esté preparado y mentalizado para llevar a cabo los turnos que le pertenezcan, suministrándole ayuda, recomendaciones y pautas necesarias para facilitarle tal preparación.

Se debe poner, dentro de lo posible, a personas más jóvenes en servicios más físicos que puedan realizar con éxito, ya que conlleva una gran carga mental y física, manteniendo siempre un seguimiento de los turnos para que no haya un exceso de turnos que provoque otra patología en el futuro.

Se considera que, si el profesional es una persona de cierta edad (cerca de los 60), debería tener una continuidad de turnos apropiada para no acumular el riesgo

de lesión y destinarle a un servicio más cómodo.

6 Bibliografía

1. ¿Cuántas horas puede trabajar un celador? |JOBATUS.
2. La influencia de los turnos en la salud del celador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).

Capítulo 499

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

1 Introducción

Se entiende como “CDET” a los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento de una red sanitaria pública.

Estos centros se encuentran dentro de una estructura sanitaria donde se lleva a cabo una atención especializada, sin necesidad de acudir a un centro hospitalario. Gracias a este segundo nivel de asistencia médica se certifica una atención integral de manera continuada al paciente.

Cabe recordar, que el paciente acude al segundo nivel de asistencia médica (centro hospitalario o centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento) cuando en el primer nivel de asistencia (centros de salud y consultorios locales) no pueden atender las necesidades médicas asistenciales de los pacientes y requieren de

una atención más especializada para determinar un diagnóstico y establecer un tratamiento.

Los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento es la ubicación física en la cual se encuentran la mayoría de las especialidades médicas en modalidad de consulta externa, llevando a cabo una asistencia médica especializada de lunes a viernes en turno de mañana o tarde, acercando la atención médica a todo tipo de pacientes y a los distintos horarios laborables de estos, garantizando de esta manera el acceso a toda la población y por lo tanto una atención integral y continuada.

2 Objetivos

- Dar a conocer el término de CDET (centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento).
- Detallar el funcionamiento de los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento.
- Enumerar las funciones desarrolladas por los celadores en los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento.

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 especialidades, diagnóstico y tratamiento se encuentra un equipo de personal subalterno de mayor número que en un centro de salud, pero en gran medida menor al equipo de celadores que se puede encontrar en un centro hospitalario. Este hecho se debe a la cartera de servicios de una institución sanitaria y otra y del número de pacientes atendidos en cada uno de estos centros sanitarios.

El número de celadores en los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento podrá variar entre 3 a 5 celadores, teniendo en cuenta el número

de pacientes y la propia organización del centro sanitario.

Independientemente del número de personal que se encuentre en los CDET, las funciones realizadas en el centro sanitario serán las mismas.

Funciones llevadas a cabo por los celadores en los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento.

- Abrir y cerrar la institución sanitaria al inicio y finalización de la asistencia. Esta función será realizada junto al personal de seguridad del centro sanitario.
- Recibir a los pacientes que acuden al centro de especialidades, diagnóstico y tratamiento y orientarles en las dudas que tengan. Para ello se derivará cualquier consulta médica al doctor responsable del paciente.
- Proporcionar información sobre la ubicación de las consultas de especialidades.
- Notificar los horarios de atención al paciente y citaciones.
- Comunicar los horarios de asistencia médica.
- Trasladar a los pacientes que acuden en el servicio de ambulancias hasta la consulta en la cual se encuentre citado.
- Movilizar a los pacientes que acuden por su propia cuenta y no pueden desplazarse en solitario hasta la consulta médica.
- Ayudar al equipo médico o al equipo de enfermería con la movilización de un paciente que presenta movilidad pasiva.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo en este trabajo se constata la importancia del papel del celador en los CDET” con las funciones desarrolladas.

Es destacable que al igual que ocurre en los centros de salud, y centros de hospitalización, es necesaria la figura del celador en este tipo de institución sanitaria, puesto que los celadores, a pesar de no ser personal sanitario, se encuentran en todos los procesos asistenciales por los cuales pasan los pacientes en los centros sanitarios, ya que son los encargados de su traslado o movilización, por lo que la ausencia de estos profesionales sanitarios dificulta la asistencia y el funcionamiento de esta institución sanitaria.

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 500

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. LA ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO DENTRO DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

1 Introducción

Se conocen a las unidades de media estancia de psiquiatría a aquellas instituciones sanitarias dependientes del servicio de salud y de una gerencia de salud en las cuales son ingresados los pacientes de psiquiatría que, con la medicación regulada no precisa de un internamiento en las unidades de salud mental de los centros hospitalarios, pero no están capacitados para hacer vida normal en sus domicilios con su entorno familiar y social.

Hay ocasiones en las que son ingresados pacientes psiquiátricos en estas unidades que no requieren de un actuación asistencial médica de internamiento,

pero las familias necesitan un tiempo de respiro y desahogo, se conoce como el periodo de desahogo familiar, el cual puede tener entre 15 días y dos meses de duración.

La unidad de media estancia acoge a pacientes psiquiátricos hasta los tres o cuatro años, siendo dados de alta y mandados a sus domicilios, o siendo trasladados a unidades de larga estancia de psiquiatría. Sin embargo, hay ocasiones que ante la falta de disponibilidad en las unidades de media estancia, estos pacientes pueden permanecer más tiempo en las unidades de media estancia.

Estas unidades de psiquiatría son de internamiento, sin embargo, aquellos pacientes que reciben permiso del equipo médico y social pueden tener periodos para salir al exterior con sus familiares o de manera independiente.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento de la unidad de media estancia de psiquiatría.
- Detallar las funciones llevadas a cabo por los celadores con los pacientes psiquiátricos dentro de la unidad de media estancia.
- Enumerar las funciones realizadas por los celadores en la unidad de media estancia de las instituciones sanitarias.

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 equipo profesional que desarrolla su actividad profesional en la unidad de media estancia es multidisciplinar, puesto que estos pacientes requieren de la asistencia de varios profesionales en diferentes especialidades. El equipo está integrado por:

- Médico especializado en psiquiatría.
- Psicólogo.
- Asistente social.

- Trabajador social.
- Enfermero.
- Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celador.
- Personal de seguridad.
- Personal de cocina.
- Limpiadores.

Los profesionales relacionados con el ámbito sanitario y asistencial (enfermeros, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, celador y personal de seguridad) se encontrarán en la unidad durante las 24 horas del día los 365 días del año, para ello se establecerá turnos de trabajo rotatorios para garantizar la asistencia continuada al paciente psiquiátrico. El personal de cocina durante los turnos de comida y el resto de los profesionales desarrollarán sus funciones de lunes a viernes en turnos de mañana.

Funciones de los celadores en la unidad de media estancia.

- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el aseo diario de aquellos pacientes que sean dependientes.
- Ayudar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el aseo diario de aquellos pacientes que requiere de colocación o retirada de pañal.
- Participar junto al resto del equipo profesional durante los turnos de comidas de los pacientes.
- Abrir y cerrar las puertas de las habitaciones de los pacientes según los horarios establecidos por el centro sanitario.
- Controlar el acceso y la salida de personal y familiares en la unidad.
- Participar junto al equipo de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los ingresos de pacientes y en las contenciones mecánicas de los pacientes agitados.
- Hacer las rondas de vigilancia durante el turno de noches.
- Hacer los turnos de vigilancia de las zonas comunes durante los horarios establecidos por el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Unidad de media estancia de psiquiatría. La actuación del celador con el paciente psiquiátrico dentro de la unidad de media estancia” nos demuestra las funciones realizadas por el celador con los pacientes psiquiátricos en las unidades de media estancia de psiquiatría.

El celador adscrito a este tipo de unidades deberá poseer las capacidades necesarias para poder trabajar con pacientes psiquiátricos, siendo capaces de mantener la calma y saber actuar cuando un paciente psiquiátrico se agita o presenta síntomas de violencia contra el mismo, cualquier paciente residente o con el personal profesional. Es por ello, por lo que los celadores adscritos al servicio de psiquiatría deben conocer la técnica de sujeción mecánica de un paciente violento.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 501

EL CELADOR DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO AL PACIENTE. CONSIDERACIONES GENERALES Y ACTUACIÓN DEL CELADOR

LUIS ARJONA ROMERO

MIGUEL ANGEL ARJONA ROMERO

NATALIA SERRANO OÑORO

MARIA ROSA FRANCISCO CABRERA

MARÍA DEL CARMEN ORTIZ IZQUIERDO

1 Introducción

En el ámbito sanitario, la administración del oxígeno es función del celador, es por ello, por lo que el celador debe conocer el funcionamiento y todos los dispositivos por los cuales se puede administrar oxígeno al paciente y tener en cuenta una serie de consideraciones generales antes de administrar el oxígeno al paciente. Consideraciones generales durante la administración de oxígeno a un paciente en el centro sanitario.

- Manipular con cuidado el oxígeno, puesto que es un gas altamente inflamable, y al ser incoloro e inodoro no se puede notar ninguna alteración en el oxígeno.

- Comprobar que la conexión de las gafas nasales llega a la toma central del oxígeno para evitar tirones innecesarios al paciente.
- Preguntar al equipo médico o al equipo de enfermería los litros a los cuales debe administrar el oxígeno.
- Valorar el estado del paciente antes de producir un traslado y solicitar al equipo de enfermería la subida de litros de oxígeno.
- En el servicio de rehabilitación donde el paciente realiza ejercicios con alta actividad física, se deberá preguntar al equipo de enfermería si el paciente requiere de administración de oxígeno durante la sesión o al finalizar la actividad física. Si el paciente ya es portador de oxígeno, preguntar al equipo de enfermería a cuanto subir el oxígeno una vez finalizada la actividad física.

2 Objetivos

- Detallar las funciones llevadas a cabo por el celador durante la administración de oxígeno al paciente.
- Enumerar los métodos de administración de oxígeno mediante los cuales recibe oxígeno 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

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno a aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria o con graves problemas para respirar de manera autónoma. Dicha administración consiste en la mezcla de aire con oxígeno gaseoso para normalizar la tasa de oxígeno en sangre.

La administración de oxígeno puede producirse a través de varios dispositivos, los cuales serán pautados teniendo en cuenta la insuficiencia respiratoria que presente el paciente.

Métodos de administración de oxígeno.

-Sistema de circuito abierto.

El sistema de circuito abierto es utilizado por el celador durante el desarrollo de sus funciones, por lo que es de interés su perfecto conocimiento de su funcionamiento, así como de la finalidad de este.

- Mascarillas

Las mascarillas conocidas como “Venturi o ventimask” son dispositivos de plástico que engloba la nariz y la boca del paciente, son de plástico transparente por lo que puede verse en todo momento la nariz y la boca del paciente.

Estas mascarillas disponen de unos orificios que permite la mezcla del aire ambiental de la habitación del paciente con el oxígeno administrado a través de la mascarilla.

-Gafas nasales.

Dispositivo de plástico transparente blando con dos orificios para introducirlos en las fosas nasales, por los cuales se administra el oxígeno al paciente.

-Sonda o catéter nasal.

-Sistema de circuito cerrado.

El sistema de circuito cerrado no es utilizado por el celador, sin embargo, es de interés conocer su existencia, funcionamiento y finalidad de este sistema de administración de oxígeno a los pacientes.

-Tienda de oxígeno.

Utilizado generalmente en pacientes pediátricos que requiere de una alta dosis de administración de oxígeno y resulta muy incómodo para el paciente pediátrico la colocación de una mascarilla de oxígeno. En la tienda de oxígeno el paciente pediátrico respira en un ambiente aislado.

-Campana de oxígeno.

Con la misma finalidad que la utilización de una tienda de oxígeno, esta campana es colocada en la cabecera de la cama del paciente, limitando la zona a la cabeza y el cuello del paciente, dejando el resto del cuerpo fuera de la campana de oxígeno. Este dispositivo puede ser utilizado en cualquier ubicación.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador durante la administración de oxígeno al paciente. Consideraciones generales y actuación del celador” nos demuestra la actuación del celador durante la administración de oxígeno al paciente.

El tema de la administración de oxígeno al paciente por parte del celador es un tema delicado, puesto que independientemente de que el celador únicamente ad-

ministra la dosis indicada por el equipo de enfermería, no es personal sanitario, por lo tanto, el celador no ha sido preparado académicamente ni instruido en el posterior periodo de prácticas del cual dispone cualquier categoría profesional que requiere de un título académico. Es una actividad realizada en la actualidad, pero la cual no se encuentra recogida en la Orden del 5 de julio en la cual se detallan las funciones del personal no sanitario.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 502

LAS FUNCIONES DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS A TRAVÉS DE LOS RECURSOS HUMANOS

M^a DEL PILAR CORTES MENDOZA

CARMEN MARÍA ZARCO TENDERO

LAURA MONTERO MARTÍNEZ

1 Introducción

El papel que representa la labor del auxiliar administrativo como uno de los eslabones de la cadena de los recursos humanos de la que forma parte, dentro del área sanitaria pública, será de una gran versatilidad y funcionalidad, pues sus funciones no se limitan simplemente a la programación de citas sanitarias en las diferentes especialidades que se traten.

La gestión de las funciones organizativas de los auxiliares administrativos junto con el resto de equipo de trabajadores de las distintas categorías todo el conjunto sanitario, a nivel comunitario, se prestan bajo la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio de Castilla la Mancha. Dichas funciones quedan plasmadas en el Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Órgano el cual opera a su vez bajo el mandato de la superior Dirección de la Dirección- Gerencia. la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. Por tanto, la organización de los citados organismos y directivas quedan establecidas por las Gerencias territoriales. Estas mismas son

las encargadas de optimizar los servicios, dirigir los recursos humanos, y junto con las normas establecidas de los centros de salud y hospitales generales que se le asignen.

2 Objetivos

- Identificar las cualidades y capacidades resolutorias de los recursos humanos, como los auxiliares administrativos para el desempeño de sus funciones, con el fin de lograr alcanzar los objetivos necesarios para garantizar una gestión eficiente y óptima dentro del conjunto del sistema sanitario público que derive en una prestación de servicios de calidad hacia el usuario.

3 Metodología

Para el trabajo realizado se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, utilización de recursos como búsquedas en artículos científicos de revistas, en principales bases de datos como Pubmed o Scielo y documentado sobre empresas sanitarias privadas realizando búsquedas de palabras “recursos humanos”.

4 Resultados

El trabajo a ejercer por el auxiliar administrativo no solo se enfoca en el momento de la programación de una cita, en el mostrador de un centro salud de atención primaria o especializada, sino que también, pueden ejercer dicha labor en las distintas secciones que engloba el conjunto de la sanidad pública.

Uno de los instrumentos en cuanto a la gestión de los recursos humanos es el uso de la “Cartas de Servicios”, donde quedan marcadas las normas estatales y autonómicas, y se reflejan las opciones para participación en las diferentes categorías profesionales de personal estatuario o temporal con los requisitos que correspondan, para que en definitiva sirva para mejorar la calidad y prestación de los servicios que la administración pública ofrece. Se podría citar alguna de las muchas y variadas funciones del auxiliar administrativo más allá de la programación de una cita sanitaria, en diferentes departamentos tales como:
Departamento de personal:

- Gestión de Bolsa: dentro de la comunidad de Castilla la Mancha, como ejemplo a exponer, la Bolsa Única A través del programa “Selecta”. Para llamamiento de ofertas de contratación temporal.
- Gestión de baremación: tanto para las solicitudes de nuevo ingreso como para las solicitudes de actualización de méritos. La apertura permanente para las solicitudes de nuevo ingreso y la apertura durante el mes de noviembre del año vigente para las solicitudes de actualización de méritos.
- Gestión de nóminas y contratación: departamento de la gestión de las retribuciones de los profesionales de las distintas categorías, de las cuales son beneficiarios dado los servicios prestados.

Departamento contable:

Otro departamento de funciones administrativas seria el departamento de contabilidad, en el que se facturarían los gastos procedentes de las diferentes secciones que engloba el conjunto sanitario, como almacenes, facturación de cargos a terceros y entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Una gran virtud que puede adjudicarse al auxiliar administrativo con respecto a realizar ciertas funciones, es la gran facultad para gestionar dentro del área administrativa en el desempeño de su papel las “múltiples funcionalidades”, bien sea dentro del área sanitaria pública o privada o incluso fuera de ella, es decir en otro tipo de empresas.

Por tanto, no se trata de una gestión administrativa en cuanto a la programación de citas sanitarias, sino que también se realizan distintas labores en el sentido más exacto de la palabra “administración”, pues abarca un gran abanico de secciones o áreas en los cuales se demuestran las destrezas y aptitudes.

En las diferentes Gerencias o áreas sanitarias, los auxiliares administrativos pueden programar una cita para atención primaria, gestionar las retribuciones o nóminas de los trabajadores, en el departamento de personal, gestionar la facturación de recibos y albaranes del departamento de gastos en contabilidad. Lo que se llama auxiliar administrativo en general.

6 Bibliografía

1. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha [Internet] Última actualización publicada el 12/05/2021.disponible en la página: <https://www.boe.es/eli/es-cm/l/2000/11/30/8/com>.
2. Decreto 82/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Disponible en la web: [decreto_82-2019_de_16_-_julio_sescam.pdf](#) (castillalamancha.es).
3. Publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha [Internet]. Carta de Servicios de la Dirección General de Recursos Humanos del Sescam | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (castillalamancha.es).

Capítulo 503

COMO EVITAR LA VIOLENCIA HACIA LOS CELADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

1 Introducción

La agresión laboral se reconoce como un fenómeno en crecimiento y de alcance mundial en el dominio de los riesgos ocupacionales, afectando a todas y cada una de las ocupaciones, con un énfasis marcado en la nuestra, el ámbito sanitario y los celadores. La violencia en el entorno laboral ha permanecido relegada a un plano secundario durante largo tiempo, sin embargo, su importancia ha crecido de manera significativa en los años recientes, hasta alcanzar una posición de destacada preocupación en la actualidad. Esto es cierto tanto en países industrializados como en naciones en desarrollo, donde emerge como una amenaza seria y en ocasiones fatal contra la efectividad, eficiencia y logros de las organizaciones a nivel global.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han enfatizado la alarma que genera el nivel de violencia en el entorno sanitario. Se estima que aproximadamente el 25% de los incidentes de violencia en el ámbito laboral ocurren en el sector de la salud. Además, más del 50% de los profesionales de la salud han experimentado algún tipo de violencia durante el desempeño de sus labores. Estas formas de agresión, que pueden ser tanto físicas como psicológicas, generan un problema de gran magnitud que conlleva repercusiones significativas.

2 Objetivos

- Describir información sobre la coyuntura actual en nuestra nación con respecto a la violencia dentro del entorno del celador y los actos agresivos dirigidos hacia el personal.
- Evaluar la extensión de los incidentes agresivos, tanto físicos como psicológicos, dentro del ámbito de la asistencia del celador en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada 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: Google Académico, Pubmed, Medline, y Scielo, mediante las palabras clave descritas; (agresión, violencia, paciente, sanidad y riesgo laboral), seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El aumento de la agresión hacia el celador es una realidad constatada que impacta a una considerable proporción de profesionales. Conforme a los datos proporcionados por el Grupo de Trabajo Técnico de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud, en el año 2018 se reportaron un total de 9,741 agresiones (equivalentes a 15.89 por cada 1,000 profesionales del Sistema Nacional de Salud) en todas las Comunidades Autónomas. La mayoría de las denuncias de agresiones provienen de profesionales con edades comprendidas entre los 35 y 55 años.

Si examinamos las categorías laborales, el personal de Enfermería ocupa el primer lugar en cuanto a quienes sufren más agresiones, seguidos por los auxiliares y los facultativos. Aunque las amenazas y agresiones verbales son más frecuentes que las agresiones físicas, existe un porcentaje considerable que se materializa en agresiones físicas. En su mayoría, las agresiones reportadas tuvieron lugar en diversas áreas dentro de las instituciones sanitarias. Las consultas ocupan el primer lugar, seguidas por la hospitalización, las urgencias y los puntos de admisión.

El propio paciente se identifica como el agresor principal en un 69% de los casos, siendo en su mayoría de sexo masculino (60%) y con un porcentaje significativo de reincidencia (11%). Por otro lado, las mujeres son las principales víctimas de estas agresiones (78%). Las principales razones alegadas para estas agresiones son, en primer lugar, la percepción del paciente acerca de la atención recibida, seguida de las demandas del usuario y las que se derivan de los procedimientos médicos o administrativos realizados.

Ante esta realidad, se torna esencial la creación de directrices de actuación con un enfoque médico-legal y manuales instructivos con el propósito de prevenir y manejar la violencia en el ámbito laboral dirigida hacia los celadores. En nuestro contexto, se han registrado progresos notables en los últimos años. Las administraciones autonómicas de salud han incorporado estrategias preventivas y registros, y supervisan programas educativos y campañas de concienciación dirigidas a la población. Además, los colegios profesionales y la Organización Médica Colegial han asumido un rol activo.

Un hito que marca un cambio en la regulación de agresiones hacia profesionales sanitarios en su lugar de trabajo es la introducción del nuevo Código Penal de 2015. Este código redefine el concepto de atentado, abarcando situaciones de asalto, agresión, uso de violencia o amenazas graves contra el profesional. Se especifica de forma explícita que se considerarán actos de atentado aquellos dirigidos contra funcionarios de salud mientras desempeñen sus funciones en el ámbito de la asistencia pública. Con esta normativa, se supera la controversia en torno a la calificación de agresiones contra profesionales en sistemas de salud públicos, tipificándolas de manera clara como delitos de atentado contra la autoridad. Estos delitos conllevan penas para el agresor que oscilan entre uno y cuatro años de prisión, acompañadas de multas de tres a seis meses.

5 Discusión-Conclusión

En síntesis, los ataques generan resultados de gran gravedad para los celadores, teniendo un alcance global en términos de gasto, eficacia y eficiencia de los sistemas de atención médica, afectando en última instancia la calidad de los servicios sanitarios brindados a la comunidad. Los aspectos sociales, económicos, organizativos y culturales involucrados en esta problemática requieren un enfoque holístico y una aproximación completa que implique una coordinación estrecha entre las entidades gubernamentales y los establecimientos médicos. Esto debe ser llevado a cabo en conjunto con los colegios profesionales, con el objetivo de establecer un marco legal de protección para estos profesionales, fundamentado en el principio de tolerancia cero.

Solo al sentirnos seguros en nuestra posición como profesionales, podremos transmitir esa seguridad a las personas que atendemos en calidad de pacientes.

6 Bibliografía

1. Cantera Leonor M, Cervantes G, Blanch Josep M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios [Monografía en internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2008 [Consultado 6 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829107.pdf>
2. Arimany Manso J, Clos Masó D, Gómez Durán L. Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. Aten Primaria [Revista en Internet]. 2016 [Consultado 6 Oct 2020]; 48(3): 147-148. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877877/>
3. Intramed.net. 2020. Violencia Contra Médicos - Noticias Médicas - Intramed. [online] Available at: <<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=49746>> [Accessed 9 October 2020].
4. Boe.es. 2020. [online] Available at: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOEA-2015-5014-consolidado.pdf>> [Accessed 9 October 2020].

Capítulo 504

EL CELADOR Y LA CONFIDENCIALIDAD PARA EL PACIENTE

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Si nos aproximamos a las interacciones sociales en nuestra cotidianidad, la discreción asume una naturaleza bidireccional. En el dominio hospitalario, la confidencialidad del enfermo fluye en una dirección única y bajo el cimientado de una relación edificada en confianza. Por lo tanto, la responsabilidad de mantener la confidencialidad por parte del Celador toma un matiz calificado o fortalecido, ya que actúan como guardianes de los aspectos más privados expresados por individuos en un estado de fragilidad y dependencia.

Tanto la privacidad como la confidencialidad encarnan derechos fundamentales inherentes a la esfera íntima de las personas frente a la exposición y conocimiento por parte de terceros. Ambos derechos se amalgaman con el derecho a la salvaguarda de los datos. La circunstancia de que una persona esté enferma y necesite

revelar información o aspectos que son parte de su privacidad para recobrar su salud no conlleva a una renuncia de esta privacidad, sino que revela estos detalles con el propósito de que sean resguardados.

El derecho del paciente a la privacidad y confidencialidad conlleva la obligación del Celador de proteger cualquier información a la cual acceden en el contexto laboral. Es imperativo que el profesional esté familiarizado con la legislación que ampara este derecho del paciente para asegurar su cumplimiento. Hago referencia a la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, que establece las bases de la autonomía del paciente, así como los derechos y responsabilidades relacionados con la información y documentación clínica.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador, en cuanto a la privacidad y discreción de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una investigación mediante 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: Google Académico, Pubmed, Medline, y Scielo, mediante las palabras clave descritas; (confidencialidad, intimidad, derecho, paciente, sanidad), seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es responsabilidad del celador reconocer, honrar y salvaguardar el derecho a la discreción y privacidad de los pacientes, así como el consentimiento informado. Esto incluye respetar el principio de autonomía del paciente en relación a sus datos personales y registros clínicos. Es fundamental educar de manera continua al equipo de salud en asuntos relativos a la confidencialidad, reserva, autonomía y los derechos de los pacientes. También es vital recordar y acatar los códigos éticos propios de las distintas profesiones, en nuestro caso, los códigos deontológicos del celador.

Las medidas que el celador debe adoptar para garantizar la discreción con el paciente son diversas. Es esencial comprender las implicancias de no cumplir con esta responsabilidad, así como manejar los datos en sistemas informáticos con una capa adicional de seguridad. El uso de claves personales en estos sistemas debe ser realizado con especial precaución. Otras acciones, como procurar un entorno sin testigos presentes, especialmente cuando se trata de información delicada o se realizan procedimientos que invaden el espacio personal del paciente, resultan esenciales.

La prudencia es prioritaria al abordar asuntos personales de cada paciente durante la atención. Obtener el consentimiento del paciente para el manejo de sus datos en investigaciones o estudios basados en evidencia es imperativo. Los profesionales de la salud señalan la complejidad del concepto de intimidad, ya que es algo único y no transferible, variando en interpretación según situaciones y contextos. Lo definen como algo profundamente personal, que engloba sentimientos, emociones y valores, ligado al respeto y a la educación.

También se observa la fina línea que divide intimidad, privacidad y confidencialidad, así como el entrecruzamiento entre estos términos. Los expertos resaltan la importancia de tratar a cada paciente de manera individualizada, respetando sus creencias, valores y tradiciones. Se aboga por tratar a todos equitativamente, evitando la estandarización de cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar las actuaciones del celador en la protección de datos, pues la prudencia emerge como el factor esencial y primordial en el trato hacia el paciente y la información asociada a él. La consecuencia primaria, además de la violación de la ley y de nuestros preceptos deontológicos, radica en el perjuicio infringido a la persona. Tal perjuicio resulta irremediable y conlleva la posibilidad de ocasionar daños psicológicos secundarios. Es crucial internalizar que la discreción y la reserva constituyen derechos inalienables del paciente, y en calidad de profesionales como el celador, nos atañe la responsabilidad, tanto desde una perspectiva legal como ética y moral, de honrarlos.

6 Bibliografía

1. Gobierno de Aragón. Dignidad, intimidad y confidencialidad [Interet]. SaludInforma.es: 16 Sep 2019 [Consultado 29 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/bioetica-salud/dignidad-intimidad-y->

confidencialidad#:text=La%20intimidad%20y%20confidencialidad%20son,a%20la%20protecci%C3%B3n%20de%20datos.

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. BOE: Gobierno de España; 2002.
3. José María Martínez de Pisón Caverro. El derecho a la intimidad [Internet]. Dialnet: 2020 [Consultado 29 Sep 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5712518>
4. Gloria Lucia Rodríguez Salguero. La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza [Tesis doctoral]. Universidad El Bosque; 2009.
5. Fernandez Llamas Y, Fuentes Vázquez Y, Peeva Dinkova M. La confidencialidad en el ámbito sanitario. En: VI Congreso Internacional En Contextos Clínicos y En La salud. 2019.

Capítulo 505

EL TRATO HUMANO DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE FRANCISCO GALDÓN FERNÁNDEZ

ANA MARÍA CALVO FERNÁNDEZ

JUAN GONZALO RAMÍREZ CASTELLANO

SUSANA B GALLEGO DEL CERRO

SERGIO REPISO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la era actual, en pleno siglo XXI, estamos siendo testigos de un rápido avance hacia la implementación tecnológica y la disminución de la calidad humana en la atención hospitalaria. Estos avances se están posicionando como aspectos cruciales en el ámbito de la atención sanitaria, con un enfoque absoluto en la eficacia, la gestión de los gastos, la presión en la atención, la saturación y la optimización del tiempo. Como resultado, se están dando prioridad a cuestiones de naturaleza administrativa, económica y procedimental por encima de brindar un servicio de atención genuino que se centre en el bienestar del paciente.

Debido a este panorama, es fundamental que la humanización ocupe un lugar prioritario en las agendas de las instituciones de salud contemporáneas. Cuando se habla de humanización en el ámbito de la atención primaria, se hace referencia al respeto por la privacidad y la autonomía individual, la gestión de las emociones y la espiritualidad de los pacientes, así como la importancia de una comunicación

efectiva tanto verbal como no verbal entre los pacientes y los profesionales de la salud. También se considera vital abordar los cambios en comportamientos y actitudes de las personas involucradas.

Por tanto, la humanización de la atención sanitaria implica el reconocimiento y el respeto por la dignidad y singularidad de cada paciente. Se trata de proporcionar una atención personalizada, abordando a la persona en su totalidad y respondiendo no solo a sus necesidades físicas, sino también a sus aspectos emocionales.

2 Objetivos

- Analizar la implementación de valores humanos en la atención primaria y las medidas destinadas a promover y preservar estos valores desde una perspectiva ética, en el contexto de una perspectiva más contemporánea.
- Desarrollar enfoques para la mejora, evitando una atención donde lo científico sea priorizado en desmedro de una perspectiva más centrada en el humanismo.

3 Metodología

Para el desarrollo de nuestro trabajo, se ha llevado a cabo una investigación mediante 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: Google Académico, Pubmed, Medline, y Scielo, mediante las palabras clave descritas; (humanización, personalizar, paciente, comunicación y profesional), seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes experimentan un cierto nivel de aprensión y desconcierto al enfrentarse a un entorno desconocido como el entorno de atención médica, donde está en juego su salud, lo cual concuerda en su mayoría en que valoran más una atención psicológica y una escucha activa que simplemente una acción técnica, por muy competente que sea. La idea de seguir un enfoque centrado en la humanidad y en la totalidad de los cuidados de salud cobra aún más relevancia, ya que no puede existir una atención digna si no es a la vez humanizada. Esto es especialmente cierto en nuestra profesión, en la que el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad debido a su enfermedad.

La herramienta esencial del personal de atención médica será su capacidad de practicar la "escucha activa" hacia los protagonistas: pacientes y grupos de pacientes, la perspectiva y vivencia de los familiares, quienes muchas veces se convierten en los verdaderos cuidadores de los enfermos, y por supuesto, los propios profesionales de la salud. De igual manera, varios expertos coinciden en que hay múltiples factores que interactúan en la deshumanización de la atención médica. La responsabilidad de este fenómeno se comparte entre la estructura social, la organización de los servicios de salud, la formación académica, la priorización de lo técnico y hasta el propio paciente.

Sería sumamente relevante fomentar espacios de intercambio, estudio e investigación que impulsen un proceso constante de aprendizaje y reflexión. Estos espacios deben involucrar tanto al personal de salud como a las autoridades de salud, formuladores de políticas de salud, líderes civiles y otros actores sociales. El objetivo sería identificar y abordar los factores que contribuyen a la deshumanización en la atención de salud.

Desde el principio, es crucial formar a los profesionales de la salud, inculcando desde el inicio una amplia gama de valores y resaltando la dimensión humanitaria y holística de su futura profesión.

5 Discusión-Conclusión

Luego de examinar los distintos artículos, se llega a la conclusión de que, desde la perspectiva del paciente, la identidad de quienes lo atienden y la forma en que lo hacen ejercen una influencia fundamental en la percepción de la calidad de atención recibida, así como en la efectividad de su adhesión al tratamiento. La responsabilidad ética de los profesionales desempeña un papel esencial en la búsqueda de una atención sobresaliente, y la carencia de una formación adecuada en cuestiones de bioética repercute negativamente en los pacientes y sus derechos.

La tarea de humanizar la atención en los hospitales es compartida entre administradores, profesionales y pacientes, ya que todos ellos desempeñan roles directos en el funcionamiento de la institución desde diferentes perspectivas. En nuestro entorno hospitalario, en el que la presencia de profesionales altamente capacitados es cada vez mayor y donde la investigación continuamente aporta nuevos descubrimientos, la gestión financiera gana en importancia y se valora el impacto social. Los profesionales de la salud deben ser plenamente conscientes del desafío que enfrentan: encontrar el equilibrio entre todos estos aspectos y brindar una atención médica que sea más humanizada. Esto implica respetar los

deseos y valores de los pacientes y asegurarse de que su dignidad no sea minimizada en ningún momento.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Fernández R. La humanización en la atención primaria. Rev Clin Med Fam [Revista en Internet]. 2017 [Consultado 4 Oct 2020]; 10(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005
2. Hospital Ibañez M^a L, Gullart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria. Index Enferm [Revista en Internet]. 2013 [Consultado 4 Oct 2020]; 13(46). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010
3. Aredondo Gonzalez C, Siles González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Revista en Internet]. 2009 [Consultado 4 Oct 2020]; 18(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
4. García Cabeza M^a E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Enfermería21 [Revista en Internet]. 2014 [Consultado 4 Oct 2020]; 17(1). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metadatos/articulo/80549/>
5. Bontepeni García A, García González E, Lantarón González C, Morais Acevedo P, Fernández Estrada L. La humanización de la asistencia sanitaria. En: VI Congreso Internacional En Contextos Clínicos y En La salud. 2019.

Capítulo 506

LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL CELADOR

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Entre las muchas funciones que un celador realiza en un entorno sanitario, se encuentran el trato y el contacto con los pacientes, que en muchas ocasiones, llega a ser completamente directo e incluso dependiente, es decir, las personas cuando acuden a un Centro de Salud o un Hospital tienen desde el primer instante un primer acercamiento con un celador. Es entonces, donde la comunicación juega un papel fundamental, en un sector tan necesario, la salud es la prioridad, tener una buena comunicación se hace esencial. Llegados a este punto aparece o surge un elemento humano denominado “Empatía”.

Según la RAE la empatía es la participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona. Otra forma de definir qué es la empatía la podemos encontrar en como la definen los expertos; “la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás”, y es que,

la empatía nos permite observar todo de primera mano desde la perspectiva del otro en vez de la nuestra.

Esto nos lleva a entender que la empatía se hace principal e indispensable para en un entorno laboral, ya que, en la relación de un celador con el paciente empatizar ofrece la capacidad de ponernos en la piel de la persona que tenemos delante, y por lo tanto, ayuda a comprender y determinar cuáles son sus necesidades o preocupaciones. Entre las muchas ventajas que ofrece tener una conducta empática se puede destacar que un comportamiento empático genera una confianza y favorece la unión terapéutica, ayudando a que los pacientes ofrezcan más detalladamente cuáles son sus síntomas o incluso, puedan facilitar más información sobre sus necesidades. Esta es una buena fórmula para que el paciente se sienta comprometido con su situación y con el tratamiento que vaya a necesitar. Es por lo tanto una forma de reducir su ansiedad o su desconfianza al llegar además de que puede favorecer su recuperación.

Entre las muchas formas que se puede ofrecer la empatía a un paciente dentro de su trabajo un celador se encuentra lo más esencial, como es en un primer lugar saludar, también presentarse al paciente, mostrarse relajado, cordial y tranquilo. Sonreír, fundamentalmente escuchar, estar muy atento a qué necesidad pueda tener, En función de cómo sea de recíprocó estos primeros pasos nos va a dar a entender como es la personalidad del paciente. Existen elementos que ayudan a la interacción, también favorecen la empatía, como por ejemplo dirigirnos al paciente por su nombre y mantener en todo momento una comunicación que sea fluida evitando los términos técnicos o estar atentos a sus inquietudes etc.

Para algunos expertos, los celadores, tienen un trabajo muy importante si aplican un correcto desarrollo de la empatía, la primera impresión que va a llevarse cuando entre un paciente da pie a que otros compañeros dentro del entorno sanitario puedan ir conociendo gracias al celador cómo y qué le está ocurriendo a la persona.

Es por ello que no hay que olvidar que para empatizar es muy importante aplicar la regla de las tres “C”:

- Comunicación.
- Comprensión.
- Confianza.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la empatía en el trabajo del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque actualmente no es obligatorio en sus funciones, es a día de hoy es muy importante la empatía que un celador pueda desarrollar en su entorno de trabajo. Desde su trato con los pacientes principalmente a las relaciones que se pueda mantener dentro del ambiente laboral, sea con familiares del paciente, compañeros dentro del centro sanitario o el hospital.

Además, está demostrado que la empatía mejora la comunicación y la confianza con todos los pacientes que acuden a recibir cuidados en su salud.

Son en los momentos más difíciles donde más apoyo hay que ofrecer a las personas que lo necesitan, por lo tanto, tener una capacidad empática favorece a crear un espacio de seguridad en el que los pacientes pueden estar seguros, de esta forma se ayudará a que se sientan más cómodos, comunicando sus inquietudes o compartiendo sus experiencias.

Encontrar soluciones a tiempo gracias a la buena comunicación favorece la rápida recuperación, ya que de este modo, se puede ser más eficiente.

Entre las formas que más se adecuan a empatizar con el paciente son:

- Tener una comunicación abierta con el paciente: Interactuar en todo momento.
- Mantener una escucha continuada con el paciente: Una escucha activa que ayude
- Tener un correcto lenguaje corporal: Mantener gestos agradables y pro-activos en favor de la comunicación con el paciente.

Hay que tener en cuenta que existen dos tipos de empatía:

- La empatía cognitiva: Cuyo objetivo es el de averiguar, comprender, cómo se siente o qué pasa por la mente de la otra persona. Hacernos a la idea del tipo de problema.
- La empatía emocional: Cuyo objetivo es el de entender cómo se siente el paciente ya que hemos pasado por una situación igual o similar. Tener capacidad de entender y ponernos en su lugar.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que cada paciente afronta de una forma diferente su enfermedad, El celador tiene la gran oportunidad de agilizar la recuperación desde el primer minuto. Para empatizar, siempre hay que tener en cuenta que el paciente no está en una situación favorable, por lo que no se debe de juzgar la forma en la que el paciente puede comportarse, rasgos como el humor, se ven afectados en los momentos más difíciles y el trato se puede ver perjudicado. Para ello hay que tener empatía, tener en cuenta todos los factores que nos lleven a darle ánimos en su recuperación.

Desde el primer momento con la escucha se conecta emocionalmente con la persona independiente de su tipo de dolencia o situación. Por lo tanto ha de ser una empatía en el que se conecte de forma global, que ayude a su comprensión y evite los sufrimientos psicológicos que puedan surgir .

Y sobre todo, y más importante, todos los profesionales sanitarios continúen y participen en la empatía en beneficio del paciente. Al marcharse, valorarán de forma positiva su tratamiento y estancia en todo momento.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23a ed.).
2. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria. Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. 1984.
3. Cepeda Díez JM. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. Index de Enfermería 2014.
4. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE, núm. 102, de 29 de abril).

Capítulo 507

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE LAS CAÍDAS DE PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Las caídas son el accidente de seguridad más frecuente entre los pacientes hospitalizados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y son la segunda causa de muerte por accidente.

La posibilidad de caídas de trabajadores y usuarios debe ser evitada tanto por profesionales sanitarios como no sanitarios (celadores).

La mayoría de las caídas que ocurren en las personas son causadas por una variedad de factores intrínsecos y extrínsecos.

Las caídas que ocurren accidental o involuntariamente son la segunda causa principal de muerte en humanos. La forma más eficaz de prevenir las caídas es mediante una prevención que se centre en los factores de riesgo que se pueden cambiar.

Consideraremos que las personas mayores tienen mayor riesgo de sufrir lesiones por caídas.

Los niños pueden caerse mientras juegan o practican deportes, pero la mayoría de las veces, salvo algunas excepciones, no sufren lesiones graves. Debido a la disminución de la densidad de nuestros huesos a medida que envejecemos, las personas mayores tienen más probabilidades de sufrir fracturas óseas y otras complicaciones por caídas.

La movilidad reducida, la alteración de la conciencia mental o cognitiva, las caídas recientes, el uso de medicamentos y la edad encajan en el perfil de un paciente con mayor riesgo de sufrir caídas.

2 Objetivos

Realizar un análisis exhaustivo de los motivos de las caídas de los pacientes y la actuación por parte del celador para prevenir estas caídas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 caídas que más afectan a los celadores son:

- Caídas desde la misma altura: estos accidentes, que son la segunda causa de lesiones en el ámbito médico, suelen producirse por suelos resbaladizos, tropiezos y calzado inadecuado. Precauciones:
 - Mantener las áreas de circulación libres de obstrucciones y claramente señalizadas.
 - En todos los traslados extremar la precaución.
 - Mantener la limpieza y el orden en las áreas de tránsito compartido.
 - Mantener las luces encendidas.
 - Mantener los cables, topes de puertas y otras obstrucciones al mínimo tirado en el suelo.

- Asegurarse de que las puertas de acceso a las unidades estén siempre abiertas.
 - Mantener la concentración mientras realiza el traslado. Mantener la calma y muévete lentamente.
- Caídas a varios niveles: Ocurren cuando alguien necesita utilizar una herramienta para acceder a una zona elevada (estanterías, armarios, etc.). Precauciones:
- Evitar utilizar mesas o sillas como base para acceder a zonas elevadas.
 - Mantener las escaleras y aceras en excelentes condiciones y utilizar materiales aprobados.
 - Hacer uso de contenidos con una amplia audiencia. Las siguientes son causas típicas y factores de riesgo inherentes: problemas de equilibrio, medicamentos (mareos), problemas de visión, debilidad muscular y enfermedades (presión arterial baja, diabetes, etc.). La mala iluminación, las barreras físicas como paredes y pisos, las alfombras y la humedad son causas frecuentes y factores de riesgo en el hogar.
 - Fomentar una cultura preventiva en las personas que se responsabilicen de su propia seguridad y la de los demás es la mejor manera de prevenir caídas o cualquier otro tipo de riesgo laboral.

Por último, pero no menos importante, si un paciente se cae, intentar mantener la calma, levantarse despacio y con seguridad y llamar a los servicios de emergencia si se necesita ayuda. Cuando llegue el celador, la persona debe estar en la posición que le haga sentir más cómodo.

5 Discusión-Conclusión

El celador es el personal en la prevención de caídas, en la cual debe brindar educación sanitaria al paciente y su familia. Se produce un alto riesgo de caídas en el trabajo tanto para los profesionales sanitarios como para los no sanitarios.

Se recomienda controlar periódicamente su salud, lo que incluye revisar sus ojos y oídos, controlar su equilibrio y hacer ejercicio (lo que ayuda a fortalecer sus músculos y huesos y mejorar su equilibrio).

Evitar caídas en los hospitales es fundamental porque pueden poner a los pacientes en situaciones de mayor riesgo. Así se acercaran cada vez más al objetivo considerando las causas y los métodos de prevención para evitarlas.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

2. <https://www.mundosanitario.es>.

Capítulo 508

EL CELADOR Y SU FUNCIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Un componente clave para garantizar que los recién nacidos y sus familias reciban una atención eficaz y de alta calidad es el celador del Servicio de Neonatología. Todos sus esfuerzos relacionados con el servicio serán coordinados y planificados de manera efectiva. El celador deberá tener sus cronogramas estrechamente alineados con las tareas que debe completar en esta área porque cualquier retraso en las tareas en cuestión puede resultar en un retraso en las pruebas y diagnósticos.

Los celadores neonatales requieren de una atención especializada y delicada debido a la fragilidad de los recién nacidos. Al estar presente y desempeñar un papel activo, el celador contribuye al establecimiento de un entorno seguro para los bebés y sus familias. Su colaboración interdisciplinar es fundamental si queremos garantizar una atención integral y de calidad.

En el campo de la neonatología, la labor del celador es crucial para garantizar el cuidado y bienestar de los bebés prematuros o con enfermedades neonatales. El celador colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería, brindando apoyo logístico, traslados de bebés, asistencia con procedimientos y acompañamiento de los padres.

En este trabajo, se llevará a cabo una discusión exhaustiva del papel crucial del celador en el campo de la neonatología. Supervisan la seguridad y el orden de la unidad mientras realizan tareas logísticas y de transferencia, además de brindar apoyo emocional a los padres.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el servicio de neonatología.

3 Metodología

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

4 Resultados

La labor del celador en el campo de la neonatología es de suma importancia para que los bebés prematuros y con enfermedades neonatales que requieren atención especializada para recibir la atención y cuidado adecuados. El celador desempeña un papel crucial al colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar la seguridad y el bienestar de los bebés y sus familias.

Podemos distinguir entre las siguientes funciones que desempeña el celador en el Servicio de Neonatología, tales como:

- Planificación, se encarga de organizar las actividades diarias del servicio. Esto implica establecer horarios de trabajo, asignar personal a tareas específicas y garantizar que siempre haya una cantidad adecuada de personal disponible.
- Gestión de recursos. El personal de celador también es responsable de asegurarse de que el servicio de Neonatología tenga suficientes suministros y recursos

disponibles. Esto incluye coordinar la compra de los medicamentos, suministros y equipos médicos necesarios.

- Será responsable de analizar cualquier anomalía que se presente y resolver completamente cualquier situación que pueda provocar un desajuste en la planta.
- Cooperación interprofesional con otros especialistas médicos, incluidos trabajadores sociales, terapeutas respiratorios y neonatólogos. Promueven un enfoque multidisciplinario en la atención del recién nacido y aseguran que exista una comunicación efectiva entre los distintos miembros del equipo.

Estas son algunas de las funciones que tiene a cargo el personal de celador de esta área, donde el objetivo principal es promover la seguridad, ofreciendo un apoyo integral en cada etapa.

El celador es crucial para el servicio de neonatología porque garantiza el traslado seguro de los recién nacidos, brinda apoyo logístico, participa en los procedimientos, acompaña a los padres y mantiene la seguridad de la unidad de Neonatología.

5 Discusión-Conclusión

El celador lleva a cabo deberes cruciales con respecto al mantenimiento y cuidado de los bebés y sus familias. Se esforzarán por garantizar una atención de alta calidad, segura y efectiva en el servicio a través de una variedad de responsabilidades y metodologías.

El celador es esencial para garantizar que los recién nacidos de la Unidad reciban la atención y el apoyo adecuados para su crecimiento y desarrollo saludable.

En conclusión, los esfuerzos de los celadores tienen un impacto significativo en el bienestar de los recién nacidos y sus familias. Su presencia y participación activa en esta área crucial contribuyen a brindar a los bebés la atención de alta calidad y el entorno seguro y acogedor que necesitan durante este momento crucial de su desarrollo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 509

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

JUAN FELIP GOLDERO

PEDRO JOSÉ DEL OLMO NAVARRO

EUGENIA NAVARRO MARTÍNEZ

MONICA MOHORTE GARCIA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

1 Introducción

Era necesario actualizar y modificar el marco legal del celador, porque trabaja para el departamento de servicios de salud. Las responsabilidades y funciones de un celador están establecidas en el estatuto preconstitucional de 1971.

Debido a que recibe muestras de todo tipo para su análisis, el servicio de laboratorio es uno de los departamentos más importantes cuando se construye un nuevo hospital. Este servicio se ha ampliado y ahora ocupa una posición destacada en la medicina.

En los laboratorios se investigan numerosas metodologías, incluidas la inmunología, la microbiología, la hematología, etc.

Los celadores deben realizar un conjunto de tareas específicas de acuerdo con los protocolos establecidos en cada hospital o clínica. Como resultado, cuando sus

superiores les dan la orden, deben estar listos para completar cualquier tarea que se les asigne. La labor de un celador es necesaria para el buen funcionamiento de los servicios. A pesar de que los servicios de un celador pueden variar ampliamente, todos son vitales para el desarrollo continuo y el funcionamiento eficiente de los hospitales.

Los celadores cumplen una determinada función según se establezca en cada centro sanitario, pero deben estar preparados para asumir las funciones de otros puestos distintos a los habituales cuando les sean encomendados por sus superiores.

2 Objetivos

Explicar y detallar las funciones y tareas que desempeña un celador dentro del servicio de laboratorio.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se llevó a cabo un proyecto de investigación que implicó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica ya publicada, así como un examen de los protocolos de actuación empleados por distintos centros sanitarios para identificar las más populares y protocolo de actuación actualizado.

4 Resultados

Las funciones y tareas de un celador en el servicio de laboratorio, incluyen lo siguiente:

- Endoscopia y descarga de muestras desde quirófano a patología a primera hora de la mañana. Luego, mientras esperan las consultas de hematología y Sintrom, aguardan en el área de extracción. Ellos son los encargados de entregar las muestras de estos al laboratorio cercano.
- La clínica de hematología traslada a sus pacientes al hospital de día. Por lo general, el paciente recibe un tratamiento para llevar a casa. En este caso lo sacan de la farmacia, le aplican pegamento y luego lo entregan en el hospital de día donde se guarda en nevera y el paciente lo solicita al salir.
- Cuando lo soliciten, descargar la medicación de la farmacia. Se lo entrega a la enfermera.

- Si se les pide realizar una biopsia intraoperatoria en quirófano, prima sobre todo lo demás. En cuanto lo tengan todos, Anatomía Patológica los descargará.
- Distribuir pedidos desde el almacén a los distintos laboratorios, incluidos patología, microbiología, hematología y bioquímica.
- Transferir las solicitudes de pedidos del banco de sangre de la farmacia.
- Llevar las piezas al mecánico.
- Dado que es necesario entregar una copia al supervisor, se debe realizar una fotocopia de la orden de suministro a la que nos referimos.
- Cuando se llame a un celador, este recogerá muestras de los servicios de neumología y otorrinolaringología.
- Comenzar a recolectar muestras para anatomía patológica en el quirófano.
- Ginecología, Planificación Familiar y Obstetricia: Secretaría de Ginecología. La anatomía patológica La secretaria tiene todos estos informes compilados. La secretaria de las secciones de urología y otorrinolaringología. Traumatología: Secretaría de Traumatología. División de Neumología de la División de Medicina Interna. Secretaría de cirugía digestiva y quirúrgica. Consulte al médico adecuado en endocrinología. RX: Secretario de RX (designando al especialista médico correspondiente). Digestivas: si están relacionadas con endoscopias, las endoscopias seguirán siendo necesarias.
- Si los médicos de urgencia tienen algún informe, lo envían a urgencias mediante tubo neumático.
- Los instrumentos son recogidos y esterilizados. Comenzando en la sala de emergencias, continúe con las plantas restantes, omitiendo Parto y Psiquiatría. El área de esterilización es donde se guardan todos los instrumentos no estériles.
- Recoger las muestras endoscópicas necesarias para el estudio de la anatomía patológica.
- El celador entregará el correo a los distintos laboratorios.
- Se extraerán muestras del quirófano para patología y se retiran lentes de otorrinolaringología y equipos de endoscopia para esterilización.
- Asegurarse de que la secretaria administrativa reciba sus facturas y otros trámites.
- Una solicitud de sangre debe enviarse por fax al Centro Comunitario después de que se haya informado al celador.

5 Discusión-Conclusión

Cada centro de salud tiene un rol específico para los celadores, pero estos deben estar preparados para asumir cualquier tarea adicional que sus superiores les

asignen. Para que cada servicio funcione correctamente es necesario trabajar. Las responsabilidades de un celador pueden ser muy diversas en términos de contenido, pero todas son esenciales para el desarrollo y las operaciones diarias de un hospital.

Para el adecuado desempeño de cada una de sus funciones y responsabilidades dentro del servicio de laboratorio, son fundamentales para el correcto y eficaz funcionamiento de un centro hospitalario, el celador es un miembro fundamental del personal que trabaja en el servicio de laboratorio.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. Temarios oposiciones MAD

Capítulo 510

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

1 Introducción

La unidad de salud mental es un espacio especializado dentro de un centro hospitalario donde se da atención y tratamiento a personas que enfrentan trastornos y enfermedades relacionadas con la salud mental. Esta unidad está diseñada para ofrecer una variedad de servicios que abarcan desde la evaluación y diagnóstico hasta la terapia y el apoyo psicológico y emocional de los pacientes.

El enfoque de una unidad de salud mental es brindar atención integral y multidisciplinaria a individuos que experimentan una amplia gama de problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, trastornos alimentarios, entre otros.

El auxiliar administrativo forma parte de un equipo multidisciplinar formado por múltiples profesionales, entre los que se encuentra los psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y celadores dentro de la unidad de salud mental de un centro hospitalario. En este ámbito son

cruciales las labores de prevención y promoción para poder evitar el ingreso hospitalario de los pacientes que sufran cualquiera de los trastornos o enfermedades mencionados anteriormente.

A continuación, veremos las tareas que realiza el auxiliar administrativo en el entorno de la salud mental, así como su importancia para el correcto funcionamiento de dicho servicio en la unidad. El auxiliar administrativo es el punto de unión entre los distintos profesionales de la cadena de trabajo que se encuentran dentro de la unidad de salud mental.

2 Objetivos

Enumerar e indicar las funciones del personal administrativo en los centros hospitalarios en la unidad de salud mental y como proceder con la organización administrativa

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de manera completamente online. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre la unidad de salud mental y qué funciones tiene el auxiliar administrativo en esta unidad.

4 Resultados

Algunas de las responsabilidades y las funciones que tiene el auxiliar administrativo en la unidad de salud mental son las siguientes:

- Mantener y organizar los registros y documentación médica de los pacientes, asegurando la confidencialidad y precisión de la información. Ingresando y actualizando la información de los pacientes en los sistemas electrónicos o bases de datos, garantizando la integridad de los registros.
- Coordinar las citas de los pacientes con los profesionales de salud mental, asegurando una programación eficiente y evitando conflictos.

- Asistir en la preparación de informes, facturación, manejo de recursos y otros procesos administrativos necesarios para la operación de la unidad. Manteniendo también en todo momento organizados los archivos físicos y electrónicos, facilitando la búsqueda y recuperación de la información si fuera necesario.
- Brindar atención amable y cortés a los pacientes que llegan a la unidad, atendiendo consultas básicas y direccionándolos al personal adecuado. Además, en caso de que fuera necesario, se le daría la información básica a los familiares de los pacientes y canalizaría sus preguntas o inquietudes al personal correspondiente dentro de la unidad de salud mental.
- Gestionar llamadas telefónicas, correos electrónicos y otros medios de comunicación, asegurando que los mensajes sean entregados al personal correspondiente dentro de la unidad de salud mental del centro hospitalario correspondiente.
- El auxiliar administrativo debe tener una colaboración interdepartamental. Es decir, debe trabajar en conjunto con otros departamentos y profesionales para asegurar la coordinación eficiente de los servicios dentro de la unidad de salud mental. Garantizando de este modo que el paciente reciba el mejor tratamiento posible dentro de esta unidad.

La salud mental es primordial para el día a día de la sociedad y de todas y cada una de las personas, por este motivo, es de vital importancia que los servicios de salud mental ofrezcan una atención de calidad y eficiente en todos los niveles asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que todos los sistemas de atención médica dispongan de una cobertura adecuada para abordar eficazmente las cuestiones relacionadas con la salud mental. Esto implica proporcionar tratamientos adecuados, procedimientos apropiados y seguimiento en todos los niveles requeridos. En este escenario, la contribución de todos los profesionales es de vital importancia, incluido el auxiliar administrativo, quien desempeña un papel crucial en la coordinación y organización, tal y como se ha mencionado anteriormente.

En resumen, el auxiliar administrativo en una unidad de salud mental juega un papel vital en la gestión de aspectos administrativos y de atención al paciente, lo que contribuye al funcionamiento armonioso y a la atención integral de los pacientes en la unidad de salud mental de un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Revista Colombiana de Psiquiatría Volume 43, Issue 3, “Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental” July–September 2014.
2. Laura Bernaldo Tamargo. La función del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud mental. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. Nº 3 – Julio 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº3:256

Capítulo 511

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

1 Introducción

Dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI) en los centros hospitalarios, las funciones desempeñadas por el personal administrativo resultan esenciales para garantizar una gestión eficaz del servicio y un adecuado cuidado de los pacientes que se encuentran en estado crítico en esta unidad. El auxiliar administrativo asume responsabilidades que abarcan desde la coordinación de citas y el mantenimiento de registros y documentos, hasta la supervisión de procesos de facturación y la gestión de información vinculada a los pacientes como el historial clínico del mismo.

Más allá de brindar respaldo al equipo médico y de enfermería en la atención a los pacientes, el auxiliar administrativo tiene la tarea de mantener una documentación minuciosa acerca de los pacientes, sus tratamientos y procedimientos para poder revisarla y valorar cualquier aspecto teniendo en cuenta toda esta información. También se encarga de gestionar los recursos y materiales necesarios para asegurar el funcionamiento óptimo de la UCI.

Las funciones del auxiliar administrativo en la gestión del servicio en las unidades de cuidados intensivos son fundamentales para garantizar una operación fluida y organizada de dichas unidades. Estas funciones abarcan diversos aspectos que contribuyen al funcionamiento eficiente y efectivo de las unidades de cuidados intensivos en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Describir el papel del auxiliar administrativo en la gestión del servicio de las unidades de cuidados intensivos (UCI) en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de manera completamente online. También se han consultado artículos en las principales bases de datos como son Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre la temática de las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de servicios de la UCI.

4 Resultados

Las funciones que realizan los auxiliares administrativos en la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario son:

- Gestión de la documentación del paciente. El auxiliar administrativo es responsable de mantener y actualizar la documentación esencial, como expedientes médicos, registros de pacientes, informes médicos y otros documentos administrativos necesarios. También es responsable de la organización de los expedientes

médicos, asegurando la privacidad y confidencialidad de la información de los pacientes.

- Admisión y alta de los pacientes en la UCI. El auxiliar administra el proceso de admisión y alta de pacientes en la UCI, asegurándose de que todos los datos necesarios estén registrados y que los procedimientos de admisión y alta se realicen de manera adecuada.
- Agendar y coordinar las citas, los procedimientos y los exámenes médicos de los pacientes que se encuentran en la UCI. De este modo se asegurará de que siga un cronograma eficiente y que no haya ningún tipo de problema en la programación en la atención al paciente. También es responsable de mantener actualizadas las agendas de los médicos y enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del centro hospitalario en general.
- Debe facilitar la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familiares. También puede ser el punto de contacto para gestionar llamadas telefónicas, correos electrónicos y otros medios de comunicación dentro de esta unidad. Proporcionando información básica a los pacientes y sus familiares, responder preguntas generales y dirigirlos al personal médico apropiado para consultas más detalladas.
- Mantener el inventario de suministros médicos y equipos necesarios en la UCI, asegurando que haya suficiente disponibilidad y solicitando pedidos cuando sea necesario.
- El auxiliar administrativo debe ayudar en el proceso de facturación y seguros de los pacientes, asegurándose de que se completen los formularios necesarios y que la información sea lo más precisa y adecuada posible.
- Recopilar y mantener registros estadísticos y datos relevantes para la gestión y el informe de actividades de la UCI. Es decir, debe manejar los datos del paciente de forma correcta y cumpliendo con la ley establecida, asegurándose de que se cumplen todos los protocolos y regulaciones establecidas para la atención médica en la UCI.
- Realizar tareas administrativas generales, como archivar documentos, elaborar informes, mantener la organización y manejar la correspondencia.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el rol y las funciones del auxiliar administrativo en las unidades de cuidados intensivos hospitalarios desempeña una responsabilidad significativa en el cuidado y la administración de pacientes en estado crítico. Su función es esencial y de vital importancia para asegurar la excelencia en la atención médica

y para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento indispensable para su proceso de recuperación. Todo ello siempre con todos los registros y procedimientos legales necesarios realizados correctamente y habiendo quedado registrados. La función del auxiliar administrativo en la UCI es esencial para crear un entorno organizado y eficiente, permitiendo al personal médico centrarse en la atención de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Henao, L. y Yepes, D. (2019). Papel del auxiliar administrativo en la gestión hospitalaria. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Médicas*, 6(2), 76-81.
2. Pinilla, A., Carmona, J. y Molina, C. (2020). Funciones y responsabilidades del auxiliar administrativo en los servicios de salud. *Revista de Salud y Bienestar*, 5(1), 52-60.
3. Palacios, E. y Franco, J. (2020). La importancia del auxiliar administrativo en la atención al paciente. *Revista de Investigación en Ciencias de la Salud*, 9(1), 37-44.

Capítulo 512

EL PERSONAL ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN

MARIA GEMA JIMENEZ HIDALGO

MONTSERRAT CHICOTE CICUENDEZ

MARIA JOSEFA MUÑOZ SERRANO

JOSE HERREROS MAGAN

SERGIO HERREROS ROSILLO

1 Introducción

Una de las funciones que en ocasiones toca desempeñar a los auxiliares administrativos es la de dar citas a los ciudadanos para las vacunas. Generalmente y con más afluencia de usuarios, estas funciones se han venido dando en campañas como las de la vacuna de la gripe. Estas citas contemplaban diferenciaciones de fechas de citación dependiendo de los intervalos de edad, priorizando a las personas de avanzada edad o a pacientes con patologías vulnerables.

Con la llegada de la pandemia, lógicamente las instalaciones de centros de salud y hospitales eran insuficientes para atender a tanta demanda de población, por lo que se tuvieron que habilitar centros de vacunaciones externos, utilizando instalaciones mayores (pabellones deportivos, centros culturales, etc.), para albergar a un gran número de usuarios diariamente.

Las exigencias de este puesto específico y las características de estas instalaciones, requieren de una gran cooperación con todos los miembros del equipo,

tanto sanitario(médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de transporte sanitario) como no sanitario(celadores, azafatas y vigilantes).

En el presente capítulo hablaremos acerca de nuestras funciones en esos centros y de la vital relevancia de como nos coordinaremos con todos los miembros del equipo mencionado anteriormente, para que nuestra labor sea lo más provechosa posible.

2 Objetivos

- Describir las funciones de los Auxiliares Administrativos en los puntos de vacunación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 explicaremos las diferentes maneras de registrar a pacientes diferenciando de sí ya tienen cita previa o acuden sin cita previa y nos extenderemos más cuando la demanda es masiva, como es en el caso de una pandemia.

- Pacientes con cita programada:

A estos ciudadanos, independientemente de la vacuna que vayan a administrarse (coronavirus, gripe), simplemente tenemos que comprobar que efectivamente están correctamente citados en el programa y comprobar sus datos identificativos (DNI, NIE O PASAPORTE).

- Pacientes sin cita programada:

En este caso, en particular, si es para vacunas en las cuales la demanda ha bajado y quedan suficientes dosis para administrar, los enfermeros nos indicaran a cuantos pacientes podemos citar más para cubrir el cupo diario. Si las indicaciones por parte de enfermería son afirmativas, entonces citaremos al paciente en el sistema, para que el personal de enfermería pueda registrar sus vacunas en su historial clínico.

-Vacunación con afluencia masiva de pacientes:

Estas funciones serán distintas a las anteriores, ya que no son vacunaciones rutinarias, sino que obedecen a una excepcionalidad como se ha podido demostrar en casos de epidemia o pandemia.

El precedente más cercano lo tenemos con la vacuna del coronavirus a nivel mundial, por lo que explicaremos la manera más ágil de realizar nuestra labor en equipo.

-Reunión de todos los miembros:

Reunidos todos los componentes del equipo, las enfermeras nos explicarán las vacunas a administrar en el día, las fechas de segundas vacunas en el caso de que no estuvieran ya programadas, nos mostrarán los números de lote de las vacunas para que las anotemos, también nos enseñarán a que comprobemos los formularios que los pacientes deben de presentar rellenos y si detectamos alguna anomalía comunicarlo al personal médico.

-Registro y acceso de pacientes:

Una vez que ya estamos coordinados y que los celadores han organizado las colas, los médicos y los miembros del transporte sanitario están ubicados en puestos reconocibles para que puedan atender a pacientes en caso de cualquier circunstancia (mareos, desfallecimientos, etc.) y el equipo de enfermería preparado, los auxiliares administrativos comenzaremos a identificar y comprobar datos personales y citas previas, registrar en el sistema tanto primeras y segundas dosis si no fueran programadas bajo las indicaciones del personal de enfermería, anotar el nombre la vacuna y su número de lote, fecha actual en la cual se le va a administrar la dosis y fecha futura si se le cita para sucesivas dosis.

Una vez realizados estos pasos, los pacientes accederán juntos al personal de enfermería para administrarse la vacuna que le corresponda.

5 Discusión-Conclusión

La función del auxiliar administrativo en los centros de vacunaciones y concretamente en las de afluencia masiva, es de gran importancia, ya que requiere agilidad, destreza, fluidez y celeridad, para dar cabida a tantos usuarios de una forma masiva. A pesar de que dispondremos de muchas indicaciones en coordinación mayoritariamente con el equipo de enfermería, nunca podremos dar información médica de ninguna clase y siempre les remitiremos amablemente al personal médico.

Debemos ser asertivos con el ciudadano, ser pacientes, respetuosos, educados y comprensivos, ya que hay ciudadanos que no escuchan bien, otros que les da

pánico administrarse una dosis, otros que no vocalizan bien, etc. Por consiguiente, nuestra labor será además de ser eficientes, para agilizar la entrada masiva de usuarios a vacunarse, y ofrecer a cada ciudadano un trato humano notable y acorde a sus inquietudes y necesidades.

6 Bibliografía

1. Guía Covid: Guía de información de salud y recursos web de calidad contrastada. Directorio de recursos para ciudadanos y para profesionales realizado por el ISCIII, Instituto de Salud Carlos III.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
3. www.mscbs.gob.es.
4. www.who.int/es/health-topics/coronavirus

Capítulo 513

LA LABOR DEL CELADOR DESIGNADO EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

1 Introducción

Las consultas externas atienden a todas aquellas personas que necesitan una asistencia médica, pero de manera ambulatoria, para que le diagnostiquen una enfermedad, le pongan un tratamiento o le curen una patología. Físicamente, se ubica dentro o anexo al hospital, del servicio de urgencias y de las plantas de hospitalización para que sean más ágiles y rápidos los desplazamientos tanto de enfermos como de profesionales sanitarios y no sanitarios. Se realizará una exploración del paciente, basándose en su historial clínico y en la explicación que da acerca de sus síntomas.

Cuanto más grande es el núcleo de población, más especialidades existirán para atender y tratar las distintas enfermedades o patologías diferentes que pueden

existir como son: unidad del dolor, cardiología, urología, hematología, ginecología, medicina interna, cirugía, otorrinolaringología, pediatría, neumología, etc. Además, se realizarán todo tipo de pruebas como radiografías, analíticas, resonancias, rehabilitación, pequeñas cirugías, curas, etc. todo ello con el objetivo de ofrecer un diagnóstico veraz sobre las patologías y enfermedades de los pacientes.

El celador será un punto de referencia para el resto de trabajadores de este servicio, como son: cirujanos, médicos especialistas, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, personal de enfermería, ya que colaborará con ellos en lo que sea necesario, pero también realizarán labores de ayuda a las personas que no saben donde está una consulta, o no saben como sacar el ticket de la máquina situada en la zona de entrada a las consultas, indicarles como funciona la pantalla cuando salga su número para ser atendidos, trasladarlos en silla de ruedas o camilla, etc.

2 Objetivos

Explicar las funciones del celador designado en el área de consultas externas, así como las peculiaridades en la asistencia al enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a la labor del celador cuando trabaja en el servicio de consultas externas, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El paciente que es atendido en ellas, sabemos que ha podido acceder por tres vías: 1/ Derivado de Atención Primaria: es porque el médico de cabecera, tras una evaluación de la salud del paciente, observa que se necesita una atención más especializada para realizar un diagnóstico completo y poder identificar la causa del problema de salud. El paciente recibirá un volante que se lo da al paciente para que vaya al mostrador donde se encuentran los auxiliares administrativos

para que puedan pedir la citación, que después llegará a casa en forma de carta o de llamada telefónica.

2. Derivado de otros hospitales en los que no tienen ni la tecnología o los profesionales para cubrir esa demanda.

3. Tras acudir al servicio de urgencias o los pacientes que están ingresados, les atienden los médicos especialistas de estas consultas.

El celador se encargará de las siguientes tareas en el servicio de consultas externas:

1/ Cuando les toca trabajar en la puerta de entrada, antes del acceso a consultas externas, informarán al que lo necesite sobre donde se ubican su consulta, como sacar el ticket de la máquina expendedora, como se mira en la pantalla si ha sido llamado para pasar a la consulta, informarán de donde están los aseos, los ascensores, el mostrador de atención a los usuarios, atención al paciente, etc.

2/ Cuando el paciente necesite colaboración a la hora de desvestirse para la realización de alguna prueba, el celador le ayudará, así como si la necesitara para subirse a la camilla o ponerse en la posición que le indica el médico.

3/ Llevar al médico de la consulta la historia clínica o los documentos que necesite para atender al paciente.

4/ Acompañar al paciente a la realización de pruebas en silla de ruedas o en camilla si su estado de salud lo requiriese.

5/ Comprobar que la sala de espera y la consulta se encuentren ordenadas y recogidas, quitando las sábanas que haya utilizado ese paciente.

6/ Llevar a cabo las movilizaciones a los pacientes cuando lo requieran los médicos, haya que aplicarle tratamientos, realizar curas, etc.

7/ Colaborar con el personal de enfermería y con el facultativo cuando sea requerido, así como al personal de ambulancia para bajar a los enfermos.

8/ Comprobar que los distintos aparatos funcionen correctamente y los materiales que se vayan a utilizar se encuentran accesibles para los distintos profesionales.

9/ A veces un especialista puede pedir, tras la valoración al paciente, que otro especialista lo vea, por lo que la enfermera imprimirá la petición, para que el celador la pase al auxiliar administrativo y pueda ser cursada.

10/ Una vez finalizada las consultas, verificará que se encuentran las luces apagadas y los distintos dispositivos, cerrando las puertas con llave.

11/ Llevar muestras al laboratorio que se extraigan en estas consultas para ser analizadas.

5 Discusión-Conclusión

La consulta externa se trata de una forma de atención especializada al paciente, en la que no queda ingresado, sino que acudirá en forma de citas para evaluar su estado de salud y cuando haya sido diagnosticado y puesto un tratamiento, se le dará el alta. Existen muchísimas especialidades como: urología, ginecología, traumatología, salud mental, unidad del dolor, rehabilitación, etc.

El celador que trabaja en las consultas externas básicamente será un apoyo para enfermos, ya que ayudará en las movilizaciones, los llevará de un lugar a otro para la realización de pruebas, informará sobre la ubicación de las consultas, ascensores, puntos de información al usuario o al paciente, vigilará que haya orden y silencio en las dependencias, etc. Pero también será un pilar básico para el personal sanitario, colaborando en lo que necesiten, trasladando historias clínica y otros documentos, llevando muestras al laboratorio, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 514

LA LABOR DEL CELADOR EN EL PARITORIO Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA UNIDAD

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

1 Introducción

El embarazo comprende el periodo que comienza desde la concepción del feto, su desarrollo y finaliza con el parto, durando sobre 40 semanas en condiciones normales aunque se puede realizar antes de tiempo de forma prematura, pudiéndose suceder el parto de cuatro formas: programados, provocados, naturales o cesáreas. Este proceso tiene lugar en el paritorio, aunque también acuden mujeres que están en sus últimas semanas o días de gestación, para que de esta forma los médicos de ginecología puedan llevar un control tanto de la persona embarazada como del bebé.

El paritorio cuenta con varias estancias: boxes para la exploración, salas de dilatación, paritorio, quirófano y la sala del recién nacido, además de unas camas especiales para facilitar el parto. Como personal trabajador encontramos el

médico anestesta, las comadronas, las auxiliares de puericultura, TCAE, DUE, y el celador. Éstos profesionales, mostrarán empatía y seguridad a la mujer que va a dar a luz y a su pareja o acompañante, ya que se vivirán momentos de dolor físico, pero también preocupación, nerviosismo, miedo por si algo no saliera de la forma deseada.

El celador tendrá un contacto directo con la paciente, aportándole confort, tranquilidad dentro de lo posible, además ayudará al resto de compañeros en lo que sea necesario, llevará muestras a laboratorio, llevará a la paciente de la planta a monitores, al paritorio o a la sala de quirófano si finalmente se le hiciera cesárea, etc.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en el área de partos, su actitud empática y profesional para el trato de estas pacientes y las características de los paritorios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en la sala del paritorio. 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 paritorio cuenta con las siguientes salas, bien diferenciadas según la finalidad:

- Boxes: se destinarán para explorar a la mujer y evaluar su salud y en qué situación se encuentra el bebé, gracias a un equipo que permitirá la monitorización.
- Salas de dilatación: en ellas se pone la epidural a la embarazada para atenuar el dolor durante el parto, contando con monitores, bombas de medicación, material esterilizado, etc.
- Paritorio: es la sala donde la persona embarazada da a luz, con una cama especial que permitirá a la mujer colocarse en posición ginecológica.

- Quirófano: en esta área es donde se practicara la cesárea, ya que esto es un proceso complicado, se necesita un quirófano para poder realizar este proceso, por eso los paritorios cuentan con un quirófano privado.
- Sala del recién nacido: esta sala se encuentra a lado del paritorio y en ella trasladan al recién nacido para comprobar su estado, asearlo, pesarlo y vestirlo. Además como material o mobiliario se caracteriza porque habrá una camilla térmica para conservar la temperatura del bebé, una báscula y el material necesario para el cuidado del neonato.

A continuación detallaremos las funciones que tiene el celador designado en el paritorio:

- 1/ Si la mujer acude desde urgencias, el celador de puerta la llevará directamente a paritorio, una vez pasada por clasificación y que un médico le haya visto. Si está ingresada en el hospital, la llevará desde su habitación hasta el paritorio, bien en silla de ruedas o camilla en ambos casos, pasándola una vez llegada allí, a la camilla del paritorio.
- 2/ Llevará las muestras realizadas al laboratorio, como son la toma de orina o de sangre, siempre bien identificadas con los datos de la paciente.
- 3/ Traslado de los papeles que sean necesarios, ya sean historias clínicas, pruebas diagnósticas...
- 4/ Traslado de los productos farmacéuticos o sanitarios, procurando que no haya desabastecimiento.
- 5/ Control del horario de visitas, vigilando que no haya ruidos o altercados fuera que puedan poner nerviosa a la embarazada.
- 6/ Traslado de todo tipo de aparataje y mobiliario que se necesitara en el paritorio, o llevarlo a otros servicios cuando se lo indique su superior.
- 7/ Informarán a sus superiores de si se produce algún incidente o desperfecto en las instalaciones.
- 8/ Colaborar con la TCAE si necesitara ayuda la embarazada en cuestiones de aseo, o para desvestirse y ponerse el pijama.
- 9/ Ayudar en las movilizaciones si lo necesitara, o en cualquier otra labor que le sean encargadas por el personal facultativo y de enfermería, siempre que sean de su competencia.
- 10/ Terminado el parto el celador deberá pasar o ayudar a la paciente para que pase de la mesa de partos a la cama y su traslado a reanimación donde permanecerá el tiempo necesario para su recuperación.
- 11/ Cuando la madre está en condiciones de volver a la habitación se llamará al celador para realizar este traslado junto con la documentación, llevando al bebé también en su cuna, siempre que no tenga que estar en la zona de UCI pediátrica.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto las características principales del paritorio, con sus diferentes estancias como son: la sala de dilatación, los boxes, sala del recién nacido, el quirófano, y en cada estancia, el celador ofrecerá todo su apoyo tanto para el equipo de médicos o enfermería, pero también a la mujer que va a dar a luz, aportando profesionalidad, tranquilidad y seguridad en unos momentos tan delicados. El celador tendrá siempre contacto con la embarazada desde que llega a urgencias con dolor, o desde que en planta le indican que es el momento de ir a paritorio, ya que será el encargado de llevarla en silla de ruedas o camilla.

El celador la colocará en la camilla ginecológica, ayudando en las movilizaciones, llevando las muestras de las distintas pruebas a laboratorio, y una vez finalizado el parto, la llevará a reanimación donde podrá recuperarse el tiempo que necesite, llevándola después a la planta de hospitalización junto al bebé.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como : funciones del celador en partos, celador y paritorio.
2. Formación Logoss. El Celador.
3. Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.
4. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>,
5. <https://revistamedica.com/celador-paciente-embarazada/>

Capítulo 515

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL BUEN USO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: EN CESIONES Y CONSULTAS

ANA MARIA PATO DE PABLO

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

El acceso por parte de los auxiliares administrativos a las historias clínicas restringirá al uso que otorgan las funciones propias del puesto que se ostente en cada caso como así se puede consultar en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal que en su Artículo 8 de datos relativos a la salud dice que: “sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter

personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad”.(1)

La historia clínica reúne en su conjunto todos los documentos que contienen valoraciones e información junto con los datos del paciente y la evolución clínica de este a través del tiempo en los diferentes procesos asistenciales a que haya dado lugar su estado de salud. Además de identificar a los sanitarios que le han atendido.

La historia clínica es única para cada paciente y común para cada centro, aunque es compartida para una asistencia.

Si bien la historia clínica puede ser almacenada en cualquier soporte documental la digitalización está más que establecida. Dando lugar a una inmediatez en su acceso y la no pérdida de su fidelidad. Hay que recordar que es muy importante que se garantice en todo momento la autenticidad, integridad, conservación y seguridad de la información. El acceso por motivos epidemiológicos o de salud pública (como en el COVID19), con fines judiciales, investigación o docencia también están reguladas en la Ley 14/1986, General de Sanidad (2)

Hay que puntualizar que todo lo relativo a documentación clínica que obra en los Centros Sanitarios de Primaria: ha sido retirada por esta digitalización a la que nos referíamos anteriormente.

2 Objetivos

1. Adquirir una idea básica sobre la normativa que ha de consultar el auxiliar administrativo para el ejercicio de sus funciones.
2. Orientar al auxiliar administrativo sobre las cesiones y consultas de historias clínicas

3 Metodología

Para la creación de este trabajo de investigación de carácter administrativo, se ha consultado la página de la JCCM y además se han consultado artículos procedentes de publicaciones administrativas revisadas de alta fiabilidad y contrastados por las normas APA que así lo certifican.

4 Resultados

El auxiliar administrativo ha de saber que la Circular 1/2009 de 27 de febrero, de la Secretaría General del SESCOAM da las instrucciones sobre, uso acceso, cesión de datos y Conservación Acceso a la Historia Clínica. Y que para la identificación de cada historia será por el CIP de cada paciente que vinculado al NHC que se le asigne hace de cada Historia inequívocamente única. Los auxiliares administrativos facilitarán a los profesionales que se lo soliciten estas si así se precisa. (3)

La cesión de las historias entre un mismo Equipo de Atención Primaria no precisará que la Gerencia medie en esto y se garantizará la seguridad de las historias.

1. CESION DE HISTORIAS ENTRE CENTROS SANITARIOS

- La solicitud que hace el auxiliar administrativo de la cesión de la Historia Clínica entre diferentes Centros de Salud tiene un modelo que se rescata en la intranet de la Gerencia ☒Unidades Administrativas ☒Documentos Modelo ☒Cesión de Historias Clínicas.
- La cesión será resuelta y autorizada por la Gerencia una vez enviada por Ruta y en sobre cerrado.
- No es necesario el consentimiento del paciente, aunque en ocasiones es el paciente el que hace la petición a otro centro.
- Existe por parte del paciente la posibilidad de en el plazo de 10 días naturales de rehusar el uso de determinada información que considere.
- En el caso de que se haga por carta la solicitud se debe identificar con acreditación al profesional que lo solicita.
- La cesión de historias entre Centros requiere la firma del facultativo con su CIAS
- Se identificará el Centro con dirección y sello del centro.
- Cuando llega la historia se informará a la Gerencia.

2. CONSULTA DE HISTORIAS ENTRE CENTROS SANITARIOS

Los auxiliares administrativos tienen acceso para consultar las historias clínicas al estar informatizadas y la aplicación que te abre la posibilidad de entrar en ellas es el TURRIANO. La consulta también te posibilita revisar los datos y rectificar estos en el caso de que el paciente así lo solicite. Además de dar de alta a pacientes que no tengan NHC. Siempre con autorización de la Gerencia.

5 Discusión-Conclusión

Unas prácticas adecuadas y basadas en la buena actitud de los auxiliares administrativos con el conocimiento que requiere el uso de las historias clínicas y siempre mirando el cumplimiento de la normativa vigente hace que el trabajo de los demás miembros del Equipo de Atención Primaria alcance la excelencia y que el paciente no de quejas o reclamaciones futuras. Y el administrativo ha de ser consciente de todo ello: teniendo especial observancia de la protección de los datos e intimidad del usuario. Y es necesario tener claro la importancia de las Historias Clínicas y el buen uso, pues es una especie de recipiente de la intimidad del paciente y su bienestar.

6 Bibliografía

- (1) «BOE» núm. 298, de 14/12/1999. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [internet] [Citado el 20 de agosto de 2023] Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750
- (2) «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [internet] [Citado el 20 de agosto de 2023] Disponible en: [BOE-A-1986-10499](http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- (3) AEDP, Guía para pacientes y usuarios de la sanidad de noviembre de 2019. pp 1-15. [internet] [Citado el 20 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

Capítulo 516

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS PLANTAS DEL HOSPITAL Y EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

RAUL MARIN RAMIREZ

RAQUEL GONZÁLEZ RUIZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

NOHEMI GARCIA FUENTES

1 Introducción

Las plantas de hospitalización son aquella parte del centro hospitalario en la que se ingresa al paciente que necesita de un tratamiento, un diagnóstico o una curación de su enfermedad hasta que se le da de alta, o en el peor de los casos, cuando fallece. La integran un conjunto de profesionales como: personal médico, de enfermería, TCAE, celadores, y personal de limpieza, todos ellos trabajando en diferentes turnos para ofrecer una asistencia continuada de 24 horas. Cuentan con diferentes partes bien diferenciadas:

1/ Las habitaciones de los pacientes: formadas por todo el mobiliario necesario para ofrecer confort y descanso, con unas dimensiones que permitan a los distin-

tos profesionales movilizarse con fluidez, y poder moverse los pacientes cómodamente. Tendrá una toma fija por cada cama para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire por cada dos camas y una toma fija de aspiración controlada por cama o equipo portátil.

2/ Control de enfermería.

3/ Sala de descanso del personal sanitario, aseos, sala de visitas, sala de espera.

4/ Almacén de productos sanitarios, lencería, de materiales, y farmacia.

El celador tendrá un papel importante en las plantas de hospitalización, ya que se encargará de atender a los pacientes en lo que respecta a la movilización, a su traslado para la realización de pruebas, llevar documentos o aparatos a otras unidades donde hagan falta, ayudar en el aseo al TCAE, velar para que no haya ruidos, etc.

2 Objetivos

-Definir las funciones del celador en las plantas de hospital, así como en la atención al paciente que se encuentra ingresado en una habitación del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en las plantas de los hospitales y en las habitaciones de los pacientes. 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 habitaciones del hospital serán compartidas, siendo el número ideal para que los trabajadores puedan trabajar bien y el paciente se sienta confortable, de dos camas, pero sabemos que la saturación del sistema sanitario impone que se ubiquen tres camas por habitación, y en aquellas habitaciones que sean más grandes, poder poner hasta 4. Siempre se podrán separar con biombos o cortinas. Habrá individuales para aquellos pacientes en aislamiento que presenten gravedad en su estado de salud como: pacientes con algún tipo de alteración

psíquica, patologías infectocontagiosas, personas con riesgo de ser contagiados, inmunodeprimidos, etcétera.

En las plantas del hospital, el celador podrá realizar gran variedad de funciones, veamos:

- Ayudar al Técnico Auxiliar de Enfermería, TCAE, en el aseo del paciente, en los cambios posturales, a la hora de cambiar el pijama o las sábanas, etc.
- Avisar al jefe de personal subalterno, o al encargado de turno de cualquier desperfecto que observen.
- Trasladar a pacientes a consultas o la realización de pruebas, utilizando la cama donde se encuentra si fuera recomendable no moverlo, camillas o sillas de ruedas.
- Cuando lleve a los pacientes de unas estancias a otras, se fijará que se encuentra estable, sin aturdimiento para que no se caiga si fuera en silla de ruedas, evitando las corrientes de aire, y tapándolo con una sabana para que no coja frío.
- Tramitarán sin entretenerse las comunicaciones verbales, documentos, aparatos o mobiliario cuando así sea requerido por sus superiores.
- Vigilarán que las instalaciones se encuentren limpias y ordenadas, sin ruidos que puedan molestar a los familiares y enfermos, que las visitas respetan los horarios fijados para ello, o que no se saturen las habitaciones con gente que llega para estar con el enfermo, o que haya gente deambulando por los pasillos molestando. En casos de personas que se pongan violentos, intentarán hablar de forma calmada explicando la normativa, si no atendieran a razones, el celador llamará a seguridad, y si fuera necesario, a la policía.
- En el caso de fallecimiento del paciente, ayudarán a las enfermeras a amortajar a los fallecidos, colocándoles una sábana antes de trasladarlos al mortuario, comprobando que lleva la documentación e informes, y de forma discreta para que no se enteren el resto de enfermos.
- No dar opiniones sobre diagnósticos o pronósticos de la enfermedad, esa cuestión debe de ser del médico, solo informará a los pacientes sobre las ubicaciones de las distintas dependencias, horarios, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las plantas de hospital, son lugares de tránsito para los pacientes que necesitan de unos cuidados y una asistencia debido a un empeoramiento de su estado de salud, ya sea para la aplicación de tratamientos, para ser operados, etc, acompañados por un equipo de profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que le ofrecerán un trato sanitario seguro y de calidad. Las habitaciones deberán de

ser cómodas tanto para los pacientes como para los trabajadores que deban acudir a desarrollar sus funciones, evitando la masificación de camas.

El celador velará por qué se cumplan las normas de cuidados de las instalaciones y enseres, que no haya ruidos que puedan molestar a los pacientes, colaborando con el TCAE en el aseo diario, cambio de sábanas o pijama, trasladándolo a otras dependencias para la realización de pruebas, realizando los cambios en las posiciones para que el paciente obtenga mayor confort, etc.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: habitaciones de un hospital, plantas de hospitalización, celador.
3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>
4. www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 517

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS AYUDAS EN EL TRANSPORTE SANITARIO DE LOS PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

ANA MARIA PATO DE PABLO

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo debe tener el conocimiento de que el transporte sanitario en el SESCAM se divide en dos tipos: urgente y no urgente. La gestión del transporte sanitario urgente corresponde al 112 y puede ser de tres tipos: en ambulancia, en unidad móvil terrestre de emergencias o en helicóptero sanitario. La junta de Comunidades de Castilla-La Mancha facilita una serie de ayudas económicas para compensar los gastos de desplazamiento, dietas o alojamiento y manutención de pacientes residentes en esta comunidad que tengan una tarjeta sanitaria del SESCAM, e incluso se costearían las de su acompañante si es estrictamente necesario (1).

Para ser beneficiario de las ayudas por desplazamiento sanitario en Castilla-La Mancha, los pacientes deben cumplir con algunos requisitos, como ser menores de dieciocho años, tener al menos un 66 por ciento de discapacidad reconocida, contar con un nivel de dependencia de grado dos o mayor o ser un paciente oncológico al que requiera desplazarse para acceder a asistencia sanitaria con un nivel relacionado con los procesos oncológicos. Aunque hay algunas variables que se ajustan al perfil del paciente y sus circunstancias o a la valoración que el Médico atribuya según las patologías y las condiciones económicas del paciente.

2 Objetivos

Detallar las distintas funciones que puede tener el auxiliar administrativo con respecto a las Ayudas por desplazamiento de los pacientes.

3 Metodología

Para la creación de este trabajo de investigación de carácter administrativo, se han consultado diferentes bases de datos de las administraciones regionales de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha y además se han consultado artículos procedentes de publicaciones administrativas revisadas para poder expresar con claridad y desarrollar el presente capítulo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo ha de saber la documentación que ha de aportar el paciente para cobrar las Ayudas por desplazamiento que se autorizan en el SESCO y como presentar estas. Si bien es posible presentarlas telemáticamente y accediendo por la página www.sanidad.castillalamancha.es;

También son de obligado cumplimiento el recoger estas en los Centros de Salud. Debido a que la gente más mayor necesita de este proceso.

- La solicitud que hace el administrativo de Ayudas por Desplazamiento que se encuentran en la intranet en Gerencia → Unidades Administrativas → Documentos Modelo → Solicitud de Ayudas por Desplazamiento.
- Se adjunta por parte del paciente fotocopia de la Tarjeta Sanitaria y fotocopia del documento identificativo del paciente.
- Datos bancarios: Ficha de terceros y cartilla bancaria.

- Justificante de asistencia sanitaria que entrega el Centro Sanitario (en el caso de que sea ingreso en el hospital con fecha de alta e ingreso).
- En el caso de varias sesiones entre uno y tres meses, como el caso de fisios, deben indicarse el número, el inicio y final.
- Se deben aportar los billetes en el caso de transporte público.
- En el caso de transporte privado, el kilometraje será pagado a razón de unos baremos establecidos por el SESCOG.
- Facturas de alojamiento también están contempladas.
- Una vez registrada la solicitud en Registro del hospital o enviada por ruta, se le facilitará número de registro y fecha de entrada.
- Se enviará toda la documentación por ruta a la Gerencia.

No debemos olvidar que el plazo de solicitud de la ayuda por desplazamiento es de un año, a contar desde el día siguiente al de la generación de los gastos.

Que la solicitud se puede descargar de la página <https://www.jccm.es/tramitesygestiones/ayudas-por-desplazamiento>.

Y que el pago se realiza por transferencia bancaria.

5 Discusión-Conclusión

Es parte de la responsabilidad del auxiliar administrativo conocer a fondo la forma en la que el sistema sanitario funciona para poder mantener el orden y la fluidez de su funcionamiento, siendo una parte esencial de dicho funcionamiento el manejo adecuado de los servicios de transporte sanitario y además el auxiliar administrativo ha de estar preparado para solucionar las dudas que los usuarios puedan tener acerca de estos temas, y, por tanto, y en este caso concreto ser conocedor del mecanismo y funcionamiento desde las diferentes opciones que hay hoy en día gracias a las nuevas tecnologías, que junto a las ya existentes a las que complementan, dan una gama de posibilidades a las diferentes demandas para solucionar la devolución íntegra del dinero que el paciente ha de anticipar en los casos en los que además: está con la falta de salud y en muchos casos, de falta de medios económicos.

6 Bibliografía

(1) BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [internet] [Citado el 18 de agosto de 2023] Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750

(2) Castilla-La-ManchaDiario oficial de Circular 1/2009 de 27 de febrero, de la Secretaría General del SESCOAM [internet] [Citado el 18 de agosto de 2023]
Disponible en: [http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/res/2009/02/27/\(1\)](http://docm.jccm.es/docm/eli/es-cm/res/2009/02/27/(1))

Capítulo 518

HABILIDADES Y CAPACIDADES QUE TIENE QUE TENER EL CELADOR

HADILLA MOHAMED ABDESELAM

1 Introducción

Los celadores son miembros valiosos del equipo de atención médica en hospitales y centros de salud. Su trabajo abarca una variedad de tareas, desde el transporte de pacientes hasta la asistencia en procedimientos médicos y la garantía de un entorno limpio y seguro. Para llevar a cabo estas responsabilidades de manera eficaz, los celadores deben poseer un conjunto de habilidades y conocimientos específicos.

Los celadores desempeñan un papel crucial en el cuidado y la operación eficiente de los hospitales, y para cumplir con sus responsabilidades de manera efectiva, es esencial que cuenten con una combinación específica de habilidades y conocimientos que le permitan desempeñar de manera competente las variedades de situaciones a las que se enfrenta en su trabajo. A través de este análisis, se busca resaltar la importancia de la formación continua y la adquisición de habilidades multifacéticas para el éxito del trabajo del celador.

El celador debe poseer habilidades comunicativas, físicas y capacitaciones en formación en seguridad y la movilización de pacientes, la higiene y prevención de infecciones y capacitación en primeros auxilios para brindar asistencia básica en caso de emergencias médicas antes de que llegue el personal médico especializado. La capacitación continua y la disposición para aprender y adaptarse son esenciales para el éxito en este rol.

2 Objetivos

El objetivo es analizar las habilidades y las capacitaciones fundamentales que son necesarias para que los celadores desempeñen su rol de manera efectiva 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 han consultado 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 tiene que poseer una serie de habilidades y capacidades para trabajar en un hospital. Entre las habilidades se encuentran:

1. **Habilidades de Comunicación:** La capacidad de comunicarse clara y efectivamente es esencial para un celador. Deben ser capaces de entender las instrucciones médicas y transmitir información importante a otros miembros del equipo de atención médica. Además, la empatía y la capacidad de comunicarse con pacientes y sus familias de manera respetuosa y comprensiva son cruciales para brindar un ambiente de cuidado óptimo.
2. **Conocimiento de Equipamiento Médico:** Los celadores deben estar familiarizados con una variedad de equipos médicos utilizados en el hospital, como camillas, sillas de ruedas y monitores de pacientes. Deben saber cómo operar y manipular estos equipos de manera segura, y estar preparados para asistir al personal médico en su uso durante procedimientos y traslados.
3. **Higiene y Seguridad:** Las prácticas de higiene y seguridad son esenciales en el entorno hospitalario para prevenir la propagación de infecciones. Los celadores deben estar capacitados en técnicas adecuadas de limpieza y desinfección, así como en la disposición segura de desechos médicos y materiales contaminados.
4. **Gestión del Tiempo y Organización:** Dado que los celadores a menudo tienen que realizar múltiples tareas en un entorno dinámico, la habilidad para gestionar el tiempo y organizarse de manera efectiva es crucial. Esto les permite cumplir con las demandas de su trabajo de manera eficiente y sin comprometer la calidad del cuidado.

5. Ética y Sensibilidad Cultural: Los celadores deben ser conscientes de cuestiones éticas y de confidencialidad en su trabajo. También deben estar preparados para interactuar con pacientes de diversas culturas y antecedentes, mostrando respeto y sensibilidad a las diferencias culturales y religiosas.

6. Capacitación Continua: La naturaleza cambiante del entorno médico y las tecnologías de atención médica requieren que los celadores se sometan a capacitación continua. Esto asegura que estén al tanto de las mejores prácticas, nuevos equipos y procedimientos, y les permite mantenerse actualizados en un campo en constante evolución.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en el entorno hospitalario es multifacético y esencial para el funcionamiento efectivo de las instalaciones de atención médica. Las habilidades de comunicación, el conocimiento de equipos médicos, las prácticas de higiene y seguridad, la gestión del tiempo y la capacitación continua son elementos cruciales para el éxito de un celador. La inversión en la formación y el desarrollo de estas habilidades no solo mejora la calidad de atención brindada por los celadores, sino que también contribuye al bienestar general de los pacientes y al funcionamiento fluido del hospital. Además de las habilidades de comunicación con los pacientes los celadores tienen que tener habilidades físicas para realizar tareas físicamente exigentes como movilizar a los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 519

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CÓMO ACTUAR PARA PRESERVAR QUE SE CUMPLEN LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

ANA MARIA PATO DE PABLO

SUSANA OCHOA GUIJARRO

MONTSERRAT ESTEBAN GONZALEZ

MARIA CARMEN HIGUERA MARTIN

MARIA JOSE ROMERO PEREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos han de conocer y ejecutar, por consiguiente, entre otras cosas la responsabilidad de generar en el paciente un estado de tranquilidad, seguridad y satisfacción a la hora de cumplir con las garantías de sus derechos, pero velando porque a la vez: el usuario tiene también deberes y responsabilidades de sus actos.

En ese aspecto, existe la normativa que resuelve algunos de los puntos que hacen más fácil el desarrollo de las labores administrativas que son importantes

conocer y que las regula la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. No obstante, el cumplimiento de todo lo que establece la legislación es aplicado a todos los niveles, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, debido a la multitud de procesos a que da lugar lo que se desarrolla en esta normativa. Entrando en todos los Servicios Atención al Paciente, UDCA, consultas de todos los ámbitos, etc. En consecuencia: cualquier lugar en el que el paciente pueda figurar física o documentalmente. Los auxiliares administrativos no nos olvidemos, también deben ser ejemplo de buenas prácticas, pues de lo contrario el usuario tiene la sensación de que no se cumplen del todo sus derechos y eso genera que el auxiliar administrativo no sea todo lo eficiente que se espera de él.

2 Objetivos

Exponer cuál es la normativa que ha de consultar el auxiliar administrativo para poder atender con eficiencia al usuario.

3 Metodología

Para la creación de este trabajo de investigación de carácter administrativo, se han consultado diferentes bases de datos como Google académico, también se han extraído de la página de la JCCM textos y además se han consultado artículos procedentes de publicaciones administrativas revisadas.

4 Resultados

Todos los pacientes tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias que manan de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de la totalidad de los datos relacionados con su proceso y así como los que conciernen a su estadía en instituciones sanitarias públicas y privadas que tengan una colaboración con el sistema público (2).

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ninguna situación, podrá considerarse un riesgo adicional para su estado de salud. (3). En cualquier caso, será imprescindible una autorización hecha con anterioridad por escrito del paciente en cuestión y la aprobación por parte de su médico y de la Dirección del Centro Sanitario correspondiente.
5. A que se le ofrezca la información en términos que sea capaz de comprender adecuadamente, tanto al paciente como a los familiares o allegados del mismo, tratándose, por supuesto, a los datos completos y continuados, en forma tanto escrita como verbal sobre el proceso, incluidos el diagnóstico, pronóstico y todas las alternativas de tratamiento disponibles (4).
6. A una elección libre entre las diferentes opciones que le ofrezca su médico, siendo necesario el consentimiento escrito previo del paciente para que se pueda llevar a cabo cualquier intervención, excepto en los siguientes escenarios: a) Si la no intervención supone un peligro para la salud pública. b) En el caso de que el paciente no esté capacitado para decidir por sí mismo, en tal caso, la decisión corresponderá a sus familiares o personas allegadas. c) Si se trata de un caso tan urgente que los sanitarios no puedan permitirse demorar la intervención por un riesgo de causar daños irreversibles o existir peligro de muerte (5).
7. A que le sea asignado un médico, cuya identidad podrá saber, que actuará como interlocutor con el equipo asistencia en su nombre y que, de estar ausente, sería sustituido por otro facultativo del equipo. (6)
8. Que exista la posibilidad de una extensión del certificado acreditativo de su estado de salud, dándose el caso de que esté establecido por una disposición legal o reglamentaria (7).
9. A negarse a recibir el tratamiento recomendado, con excepción de los casos recogidos en el sexto apartado; siendo necesario para esto que el usuario solicite el alta voluntaria (8).
10. A la participación, por medio de instituciones comunitarias, en actividades sanitarias, según se establece en la ley vigente.
11. A que se guarde por escrito la información sobre el proceso por el que ha pasado el usuario. Al finalizar la estancia del paciente en la Institución hospitalaria, el usuario, un familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
12. A la hora del uso de los métodos para la reclamación y de realización de sugerencias en los plazos previstos. Habiéndose de escribir la respuesta dentro de los plazos reglamentariamente establecidos (9).
13. Al elegir el médico y demás sanitarios con titulación en regla, con las condi-

ciones necesarias según la ley vigente, en las disposiciones para su desarrollo y en las que se encargan de regular la labor sanitaria de los Centros de Salud (10).

14. A obtener la medicación y los artículos sanitarios que sean necesarios para la promoción, conservación o restablecimiento de la salud del usuario, en los términos establecidos por la Administración del Estado.

15. Respetando el particular régimen económico de los servicios sanitarios individuales, los derechos establecidos en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo se ejercerán también en el marco de los servicios sanitarios privados

5 Discusión-Conclusión

Unas prácticas adecuadas y basadas en la buena actitud de los auxiliares administrativos como eje fundamental y primero de acercamiento del paciente a los trabajadores sanitarios y la comprensión de esto por parte del equipo de trabajo, será la medida en que sea baremado y obtenga una atención adecuada y óptima hacia estos primeros, en los centros de salud y por ende; en los demás recursos de los que se dispone en todo el Sistema Sanitario (Ya sean Hospitales, Centros Concertados, transportes, etc.) dado que los recursos son limitados y finitos y del todo costosos. Y el administrativo ha de ser consciente de todo ello.

6 Bibliografía

(1) la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224 (18 págs.) (“BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.”) (“BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.”) BOE-A-1986-10499 <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

(2) «BOE» núm. 102, de 29/04/1986, Jefatura del Estado. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] en: [https://www.boe.es/Disponible eli/es/l/1986/04/25/14/con](https://www.boe.es/Disponible%20eli/es/l/1986/04/25/14/con)

(3) La Fe, departamento de salut, Generalitat Valenciana. Carta de derechos y deberes del usuario de la sanidad. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <http://www.lafe.san.gva.es/carta-derechos-y-deberes>

(4) «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

- (5) Revista española de cardiología, el consentimiento informado. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.revespcardiolog.org/es-el-consentimiento-informado-cardiologia-articulo-X0300893298003550/>
- (6) La Fe, departamento de salut, Generalitat Valenciana. Carta de derechos y deberes del usuario de la sanidad. (“DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO DE LA SANIDAD”) [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <http://www.lafe.san.gva.es/carta-derechos-y-deberes>
- (7) Generalitat Valenciana, Departamento de salut València, Arnau de Villanova-Lliria. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <https://arnau.san.gva.es/ca/derechos-y-deberes>
- (8) Revista española de cardiología, el consentimiento informado. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.revespcardiolog.org/es-el-consentimiento-informado-cardiologia-articulo-X0300893298003550/>
- (9) Ibidem.
- (10) «BOE» núm. 102, de 29/04/1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [internet] [Citado el 17 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Capítulo 520

EL CELADOR Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANDREA MÁRQUEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La violencia de género es un problema que afecta a todos los ámbitos de la sociedad, tanto en el ámbito público como en el privado.

La Constitución Española DE 1978 en su artículo 15, hace mención al Derecho de todos, a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

La Organización de Naciones Unidas en la IV Conferencia Mundial de 1995 define la violencia de género ampliamente como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

La violencia de género se sustenta en un sistema patriarcal, social y cultural en el que los hombres ejercen la autoridad y el poder sobre las mujeres, haciéndolo por medios físicos, psíquicos, sexuales, económicos y sociales. . Durante mucho tiempo se ha intentado culpabilizar a la propia mujer de su situación de maltrato, favoreciendo lo que se conoce como “doble victimización de la mujer”.

La violencia de género es una lacra constante en España, según los datos publicados desde el 1 de enero de 2003 a 30 de agosto de 2023, el número de mujeres asesinadas en España ha sido de 1223 y solo en lo que va de año son un total de 39, según las cifras ofrecidas por el Ministerio de Igualdad.

2 Objetivos

-Exponer las actitudes de los profesionales sanitarios sobre la violencia de género, como tratar a las víctimas y como ayudarlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 violencia de género se ha convertido hoy en día en un problema de salud pública. Los profesionales sanitarios, gracias a su formación, son unos expertos en identificar un problema de violencia de género en una mujer al momento y, por tanto, ellos son los primeros en poder poner en conocimiento del resto de autoridades este problema y así empezar a efectuar los protocolos necesarios para que la víctima sea atendida de la mejor manera posible.

La mayoría de las mujeres que llegan con heridas a un hospital se sienten dolidas no solo físicamente, sino psíquicamente también, se sienten heridas, inútiles, culpables, en fin, con un sufrimiento indescriptible, es por ello que el número de sanitarios que van a intervenir en este proceso son muchos y variados, desde el celador que es el primero que los recibe, el médico que es quien intentará tranquilizar y transmitir confianza a la mujer maltratada, los enfermeros o enfermeras, los auxiliares técnicos sanitarios, hasta el mismo psicólogo, que será la persona que se encargará de intentar que la víctima no se siente culpable.

La violencia de género tiene unos efectos muy graves sobre la salud de la mujer, la más grave es la muerte, pero no cabe duda que cualquier agresión a la mujer viene dada por diferentes manifestaciones, por ello hay diferentes tipos de violencia hacia estas, como son: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica y social.

Las víctimas de violencia de género principalmente buscan ayuda en los servicios sanitarios de Atención Primaria y en los servicios de urgencias hospitalarias.

Existen protocolos y guías de actuación que orientan a los y las profesionales de la salud sobre cómo actuar ante cada caso que detecten, preservando ante todo la seguridad de la mujer.

En el caso del celador, que es el primero que tiene una toma de contacto con la víctima, lo primero que hace es prestar una atención personalizada y discreta, sin mostrar prejuicios y estando alerta ante cualquier indicador de riesgo, mientras es derivada a la atención del profesional sanitario.(3)

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es uno de los problemas más graves de la sociedad actual, ya que implica a todas las personas y, por tanto, los poderes públicos necesitan adoptar diferentes medidas para la erradicación de este. En los centros sanitarios existen carteles informativos en todas las zonas hospitalarias con un mensaje importante “Confía en tu personal sanitario, cuéntanos lo que te está pasando. Hay salida a la Violencia de Género”, con este cartel, se pretende sensibilizar a las mujeres en situación de violencia de género para que hablen con el personal sanitario y les confíen la situación que están atravesando.

Por tanto, es evidente que es importante que se establezcan pautas de actuación en el ámbito sanitario que impliquen la coordinación y atención integral hacia las mujeres que sufren violencia de género.

6 Bibliografía

1. Informes - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (igualdad.gob.es).
2. Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género - ScienceDirect.
3. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género - Dialnet (unirioja.es).
4. Cartel ámbito sanitario - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (igualdad.gob.es).

Capítulo 521

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

REMEDIOS LIZCANO

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

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 ser un personal 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

Mostrar las labores que los celadores deben de realizar en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El 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, esta puerta de acceso debe estar bien señalizada y diferencia 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:

Los enfermos pueden ser 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.

También pueden asistir al servicio de urgencias 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, aquí le realizarán el registro y le darán una pulsera identificativa, en ella pondrá 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, ese protocolo es: es la zona por la cual todos y cada uno de los pacientes, deben de entrar a la zona de triaje, esta zona además sirve para ordenar, acoger y clasificar las patologías de los enfermos y darles la atención tan específica que necesitan los pacientes.

Vamos a comenzar 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.

Colaborarán con el personal sanitario en las labores que les sean encomendadas, así como la ejecución 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.

Las labores que debe de realizar los celadores en el centro de salud son:

Abrir y cerrar siempre el centro de salud, cerciorándose de que este esté vacío.

Avisarán a los médicos y a las enfermeras cuando llegue un paciente al centro sanitario.

Avisarán a los pacientes para que puedan entrar a las consultas de los médicos y de las enfermeras de la zona de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que acoge a los enfermos, su capacidad y disposición es elemental para los enfermos que asisten al área de urgencias.

En el área de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que efectuara diversas labores y dan el apoyo necesario al resto de personal sanitario, para lograr conseguir así que la atención médica a los enfermos sea de alta calidad y que las actividades tengan una evolución óptima en el área de la forma lo más correcta posible.

Por eso podemos destacar el cuerpo de los celadores como uno de los cuerpos sanitarios más efectivos que se encuentran trabajando en los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>

Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>

Capítulo 522

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

REMEDIOS LIZCANO

JUAN CARLOS MARTÍN-CARO ALONSO

RAQUEL GARRIDO CALA

FRANCISCO GARCÍA DE BLAS MARTIN

FERNANDO JIMENEZ

1 Introducción

Hemodinámica es uno de los servicios más esenciales que un centro hospitalario tiene que tener, ya que es un área bastante importante, se podría decir que es un área o servicio semi limitada.

Hemodinámica es una de las partes de la biofísica, es la que se encarga de analizar la dinámica de la sangre en el interior del torrente sanguíneo como por ejemplo: las arterias, venas, vénulas... además también estudia los distintos capilares, y aparte se encarga también del análisis y estudio del corazón, es decir estudia la forma en la que el corazón bombea la sangre, el funcionamiento de este...

Este servicio tiene una puerta que se encuentra totalmente cerrada, excepto para el personal autorizado, es decir, está para los trabajadores sanitarios.

Este servicio contiene una sala intermedia, en esta sala se encuentran los pacientes, aquí se realiza la espera hasta que son transportados hasta el quirófano, esta área del servicio podemos encontrarnos también el vestuario del personal sanitario y a la vez se encuentra las bifurcaciones para las distintas salas de operaciones, como las salas de hemodinámica y las salas de arritmias.

En la sala de hemodinámica se realiza la colocación de los cateterismos.

Los cateterismos cardiacos son una técnica en el cual se introduce un tubo con las siguientes características, es decir, estrecho y muy flexible, este tubo se introduce por un vaso sanguíneo, lo recorre y al final llega al corazón, esto nos sirve para tener una valoración o poder examinar determinadas afecciones cardiacas como las obstrucciones que puedan tener las arterias o los latidos anormales que pueda producir el corazón del enfermo.

Dada la alta tecnología que tenemos en el siglo 21, estos tubos finos y flexibles, se inserta en nuestro cuerpo mediante las arterias que encontramos en ambas muñecas, si por aquí no se pudiera introducir el cateterismo, se optaría por introducirlo a través las ingles por sus arterias.

Los médicos valorarán las dos opciones, e introducirán el cateterismo por la opción que más le convenga al enfermo.

Siempre mirarán por el bien estar del enfermo, ya que aunque parece fácil la operación, el enfermo se puede desaturar fácilmente.

Gracias al avance de la tecnología, hoy por hoy y gracias al cateterismo cardiaco, podemos conocer con más exactitud las condiciones en las que se encuentran nuestro cuerpo por dentro, es decir, podemos saber cómo se encuentran nuestros vasos sanguíneos y como está funcionando nuestro motor que es el corazón.

2 Objetivos

Exponer las distintas funciones del celador en el servicio de hemodinámica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 servicio de hemodinámica está dividido principalmente en dos áreas, son las dos áreas más importantes del servicio.

La primera área es la sala intermedia, esta sala la forman, alguna cama de hospitalización vacía, algunos sillones y algún hueco vacío, las camas de hospitalización vacías, son en caso de que el paciente ambulatorio, por el resultado de la prueba se quede hospitalizado, entonces se le da una cama vacía, los sillones son para los pacientes ambulatorios, que no se prevé que se queden hospitalizados, entonces para que la espera se haga más amena se quedan esperando en estos sillones y por último los huecos que quedan vacíos, ahí se colocan a los pacientes que vienen de hospitalización con su cama personal, o en caso de que venga de la ambulancia, se queda en enfermo en la camilla en estos huecos.

Entonces llegamos a la conclusión, que por la sala intermedia pasan todos y cada uno de los pacientes, ya se encuentren hospitalizados o sean pacientes ambulatorios.

Esta zona es un muy importante que se encuentre en todo momento limpia, ya que con la limpieza evitamos las posibles infecciones que se puedan pegar de unos enfermos a otros.

En la segunda parte de este servicio, nos encontramos un pasillo y dentro de este pasillo las diferentes salas de hemodinámica, suelen ser de 2 a 4 salas, estas habitaciones tienen que estar muy bien aisladas de los demás pasillos que forman este servicio, a su vez entre ellas también se encuentran separadas, se pueden describir estas salas como quirófanos, pero en estas salas no se realizan intervenciones de alta complejidad, ya que aquí se realizan estudios sanguíneos, los estudios sobre el corazón, la realización de cateterismos y la colocación de marcapasos o su renovación, si hablamos de que se localiza un problema de salud en el corazón más complejo, este caso pasaría directamente a los quirófanos de cardiología.

El uniforme tiene que ser igual a los uniformes que utilicen en los quirófanos generales, normalmente suelen ser de color verde aceituna, pero el color depende mucho del centro hospitalario del grupo que trabaje en este.

Ahora vamos a hablar de las funciones que el celador debe de realizar en este servicio, también dependen del protocolo que sigan en el centro hospitalario, pero por norma general se suele seguir las siguientes:

Trasladarán a los enfermos que se localicen hospitalizados hasta el servicio de hemodinámica, estos enfermos tienen que bajar y la planta ya rasurados por la zona de la ingle y de la muñeca, los celadores deberán ir siempre acompañados con la historia clínica del paciente.

Moverá y colocará a los enfermos en la sala intermedia, para que las enfermeras le echen un vistazo a la medicación de los pacientes y cuando las enfermeras le digan, el celador podrá continuar con el paciente hasta la sala de operaciones. Participará de manera activa en la debida colocación de la camilla en las salas con el enfermo, siempre siguiendo las órdenes de las enfermeras. Cooperarán en los vendajes de compresión de los pacientes que lo necesiten. Los celadores tienen que estar siempre localizados para las posibles complicaciones que puedan surgir o simplemente para las necesidades que les puedan surgir a las enfermeras. Colocarán debidamente a los pacientes ambulatorios con la ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, los acomodarán en los sillones o en las camas, dependiendo del procedimiento y de si ingresan o no estos enfermos. Transportarán de nuevo a los pacientes con la operación ya realizada a su debido sitio de hospitalización y de nuevo, volverán con el historial clínico del paciente, pero esta vez actualizado con los resultados de las pruebas realizadas en el servicio de hemodinámica. Efectuarán el traslado de las peticiones, las pruebas, los aparatajes... a los diferentes servicios que las enfermeras les digan. Dejarán de nuevo el aparataje en la sala que sea correspondiente o donde se necesitara, una vez ya concluida la operación se devolverá el aparataje de nuevo a su sitio y siempre comprobando que se quede enchufado a la corriente. Se harán responsables de bajar el material que se haya utilizado al servicio de esterilización, y de subir el material ya esterilizado a su servicio.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el servicio de hemodinámica, es un servicio medio complejo para los distintos organismos sanitarios, ya que aquí se realizan operaciones que van destinadas a mejorar la calidad del riego sanguíneo. Por ello sirve también para localizar el problema principal, que pueden sufrir nuestras arterias, venas, vénulas, las arteriolas, los capilares o incluso del corazón de los pacientes que se localizan ingresados o ya sean ambulatorios. Es un servicio con una serie de cualidades únicas que lo hacen distinto al resto de servicios de los complejos sanitarios, ya que lleva consigo una serie de normas más estrictas y unos protocolos que hay que cumplir seriamente para poder realizar una intervención segura para el paciente, ya que este permanece de manera consciente. Pero este capítulo se ha realizado para dejar claro que las funciones principales de los celadores de este servicio complejo, es el de transportar a los pa-

cientes de forma segura desde la sala intermedia hasta su lugar de hospitalización de forma segura y prestando ayuda si el enfermo lo necesita en el trayecto de vuelta.

El celador de este servicio tiene que estar dispuesto a colaborar de manera activa con el equipo que forma este servicio tan característico, ya que estar en un buen ambiente laboral cooperará a que los enfermos puedan sentirse más seguros y calmados, porque al ver un buen equipo, sabrán que se encuentran en buenas manos.

6 Bibliografía

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/>

Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 523

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE, LA FAMILIA Y SU ENTORNO

FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ

MARIA LUISA MONEDERO IZQUIERDO

RUBÉN SANTACRUZ GALLEGO

MARÍA DEL MILAGRO GALLEGO CASTILLA

LUCIA GONZALEZ ROMAN FERNANDEZ CAÑADAS

1 Introducción

En cualquier institución sanitaria, prácticamente la totalidad de sus trabajadores (tantos sanitarios, como no sanitarios) se encuentran en continuo contacto con los usuarios, pacientes y familiares, que llegan a estos centros por diferentes motivos. Por ello, es fundamental que todos los profesionales estén formados en habilidades de comunicación (tanto verbales como no verbales). Uno de los principales motivos es para que este proceso de comunicación se dé de manera fluida y correcta, sin malentendidos ni malas interpretaciones. Además, tener y desarrollar estas habilidades en comunicación, nos facilitarán las relaciones interpersonales e interprofesionales tanto en el entorno profesional como personal (ya sea trabajador-trabajador, o trabajador-paciente/familia/entorno).

A todo ello hay que sumar el hecho que, en el caso en particular de la figura del celador, por regla general, es la primera figura con la que las personas se encuentran al llegar a los centros sanitarios, y que realiza tareas que llevan implícito el trato directo con el paciente, la familia y/o entorno.

Se debe procurar tener un lenguaje educado, sin tecnicismos, de fácil comprensión, manteniendo la distancia social establecida, y mostrando siempre el máximo respeto hacia la persona con la que está interactuando, usando la familiaridad, solo cuando nos den pie a ello.

2 Objetivos

- Conocer la definición de comunicación, así como distinguir entre sus diferentes tipos.
- Exponer la definición de habilidades o competencias comunicativas, así como reconocer e identificar las mismas.
- Estudiar las fases de la relación celador-paciente-familia
- Describir la importancia de una adecuada comunicación para expresar nuestras necesidades y sentimientos.

3 Metodología

Para este trabajo, se ha realizado un proceso activo de búsqueda utilizando el buscador Google, y en concreto, su herramienta “Google Académico”, con el fin de identificar guías, documentos, o artículos que sean útiles y aporten una información de calidad. Las palabras claves empleadas para ello, han sido: “celador”, “habilidades lingüísticas”, y “comunicación terapéutica”. De todos y cada uno de los documentos encontrados, se han seleccionado aquellos que han sido considerados de mayor interés para la elaboración de este documento debido a la fiabilidad de la fuente.

4 Resultados

La comunicación fue definida por la UNESCO como “la interacción social, a través de un intercambio equilibrado de información y experiencia”. Podemos considerar que hay diferentes tipos de comunicación como son:

- COMUNICACIÓN VERBAL: definida como todo aquello que somos capaces de expresar a través de las palabras.

- **COMUNICACIÓN NO VERBAL:** definida como la información que transmitimos a través de los gestos y del lenguaje corporal (suele ser entre el 65% y el 90% de la comunicación).

Una vez definida y entendida la comunicación, pasamos a definir el siguiente concepto para dar respuesta a nuestro segundo objetivo: se entiende por “habilidades comunicativas”, también denominadas “competencias comunicativas”, al “conjunto de aptitudes y de procesos lingüísticos que se desarrollan durante la vida, y que tienen como finalidad, participar en las diferentes esferas de la comunicación para que los diálogos fluyan de manera adecuada, evitando posibles malos entendidos”. Estas habilidades se consiguen a lo largo de nuestra vida por medio de la lectura, la escritura y la escucha, pero también a través de la observación, la imitación, y el ensayo.

Entre las principales habilidades comunicativas a las que debemos prestar atención en nuestras relaciones y que debemos fomentar en la medida de lo posible son:

- **ASERTIVIDAD:** capacidad de encontrar un equilibrio entre lo que se quiere decir, y los intereses y vulnerabilidades de la otra persona. Significa tener seguridad en uno mismo, mostrarse comprensivo y respetuoso con los demás.
 - **INTELIGENCIA EMOCIONAL:** dentro de este término, nos encontramos con la **EMPATÍA**, la cual puede ser definida como la capacidad que tenemos para hacer ver a la otra persona, que lo que nos está diciendo es comprendido por nosotros, pero a nivel afectivo.
 - **CONTACTO VISUAL:** primer paso a la hora de establecer una conversación cara a cara, ya que es la forma de conectar con alguien.
 - **ESCUCHA ACTIVA:** se trata de una de las técnicas de comunicación más importantes. Consiste en prestar atención a lo que nos están diciendo, dando señales a la persona de que lo estamos escuchando, mostrando reacciones o haciendo pequeños comentarios que indiquen nuestro interés, sin llegar a interrumpir el transcurso del diálogo del otro. Es importante dejar hablar, mostrando una posición abierta y activa que muestren nuestro interés.
 - **COHERENCIA EMOCIÓN-MENSAJE:** debe existir una coherencia entre lo que se está diciendo y el modo en que se transmite, teniendo en cuenta aspectos como los gestos, o la modulación de la voz.
 - **CAPACIDAD NEGOCIADORA:** se ha de emplear cuando se ha de llegar a un acuerdo, entre dos personas que tienen intereses parcialmente enfrentados y todos tienen que perder y ganar algo al mismo tiempo.
- Además de estas habilidades comunicativas, es imprescindible que el celador tam-

bién disponga de una serie de habilidades sociales como son: manifestar un interés sincero (tanto hacia las personas, como por su bienestar físico, psíquico y mental), tener apertura mental, mostrar confianza, autorregulación para gestionar sus propias emociones, así como tener en cuenta la INDIVIDUALIZACIÓN de la persona, es decir, cada paciente es diferente y debe ser tratado de acuerdo a su personalidad y a sus características.

Para dar respuesta a nuestro tercer objetivo, se detallan las fases que componen la relación celador-paciente-familia/entorno:

- FASE RECEPTIVA O DE CONTACTO: fase inicial en la que se produce el primer contacto entre las personas involucradas.
- FASE DE EJECUCIÓN: momento en el cual da comienzo la relación profesional.
- FASE DE CONCLUSIÓN: momento en el que finaliza la relación profesional.

Por último haremos referencia a la importancia de una adecuada comunicación, y es que, dependiendo de la actitud con la que nos mostremos como profesionales, podemos transmitir un mensaje positivo y optimista, que ofrezca acompañamiento, o por el contrario, podemos generar una situación de frialdad y de distanciamiento. Acciones tan sencillas como saludar al acercarnos a la persona, o simplemente informar de lo que vamos a hacer, son actos que pueden resultarnos de gran utilidad para mostrar cercanía y respeto hacia el paciente contribuyendo de este modo al confort y mayor bienestar de la persona, y de su familia.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede extraer de la información dada en este documento, el papel del celador es de vital importancia en cuanto a la comunicación que se establece con el paciente y la familia en el entorno sanitario, y para que esta comunicación tenga éxito, depende en gran medida de las habilidades o competencias comunicativas que adquiramos y desarrollemos. No basta con conocerlas, también deben entrenarse, para poder dominar estas habilidades básicas de comunicación y conseguir una relación óptima y de calidad tanto en el trabajo, como con nuestro entorno más personal, cultivando de este modo la confianza y el respeto mutuo.

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. Universidad Nacional de Colombia. (1990). Habilidades comunicativas y del lenguaje: guía para su estimulación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. ISBN 9586280535.

3. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013

4. El apoyo psicológico del celador. Juan Tomás Giménez Casas

5. La comunicación con el paciente. Elsevier España, S.A.

5. Medicina basada en la afectividad. (A. J. Jovell, Med. Clin. (Barc) 113 (1999), pp.173-175

Capítulo 524

INSTALACIÓN DE PARARRAYOS, POR PARTE DEL PERSONAL ELECTRICISTA

DAVID NAVARRO SAN JULIAN

ADRIAN GONZALEZ LASSO

1 Introducción

La instalación de un pararrayos es un sistema de protección, por lo que es muy importante que sea realizada por personal técnico cualificado y de acuerdo con los criterios marcados por la normativa vigente.

Un sistema de protección contra el rayo es una instalación que protegerá la infraestructura contra las descargas atmosféricas. La función principal del sistema será evitar el impacto directo de las cargas del rayo sobre la estructura. La protección se proporciona mediante la transmisión de la corriente del rayo al sistema de puesta a tierra que protege la estructura. Esto se debe a que sigue el camino de menor resistencia y fluye suavemente a través del limitador y sus conexiones. Esto asegura que el pararrayos capture el rayo, conduzca la energía a lo largo de un camino designado y la libere de manera segura al suelo. Esta ruta evita daños a la infraestructura, incendios o subidas de tensión porque un solo relámpago puede alimentar millones de voltios.

Además, la instalación de pararrayos debe cumplir con la normativa sobre normas y requisitos de seguridad. Debe ser realizado por especialistas de la electricidad que evaluarán que tipos de pararrayos se deben realizar de acuerdo a la normatividad vigente en nuestro país.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la importancia que tiene la instalación de pararrayos, mediante la cual se evita que la carga del rayo impacte sobre dicha instalación.

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

Para iniciar la instalación se colocan pararrayos o tomas de fuerza en las partes más altas, según el diseño considerado anteriormente.

Los pararrayos y los conductores (cables de cobre) están conectados a un sistema de puesta a tierra prefabricado en el suelo. Mantenga el escape lo más recto posible, evitando desvíos o estiramientos.

Estos conductos deben evitarse cerca de líneas eléctricas o de gas.

Los pararrayos deben conectarse al menos a dos conductores de bajada.

Hay puntos en el sistema eléctrico donde la caída de rayos puede dañar dispositivos como teléfonos, televisores, computadoras, etc. Cuando haya antenas de recepción disponibles, como antenas de radio o de teléfono, deben conectarse al sistema de protección contra rayos mediante una línea de chispas aislada y el cableado apropiado.

Es importante que estos componentes estén cableados correctamente para minimizar la posibilidad de un cortocircuito eléctrico. Tenga en cuenta que algunos tipos de pisos pueden requerir una instalación especializada.

En las torres de comunicación, los pararrayos proporcionan un cono protector con un radio desde el suelo aproximadamente igual a su altura sobre el suelo. Es importante tener en cuenta que los sistemas de protección contra rayos no evitan que los rayos entren en una estructura, sino que bloquean los rayos y dirigen la energía eléctrica dañina al suelo.

La instalación del pararrayos se suele realizar a una altura fija y elevada, por ejemplo, en el tejado de un edificio. Dado que los rayos tienden a golpear el objeto más alto y cercano, se colocan pararrayos en todas las esquinas o partes

superiores y a lo largo de los bordes de la estructura. El número de puntas en que se coloque el pararrayos dependerá de su extensión. El conductor de puesta a tierra está conectado a la base del pararrayos y según el principio de dos caminos al sistema de puesta a tierra en el suelo. Por tanto, cuando se instalan pararrayos en edificios, etc., la tierra actúa como base para la obtención de electricidad.

La punta del pararrayos debe estar al menos 2 metros por encima del área que está protegiendo (incluyendo antenas, torres de enfriamiento, techos y cobertizos). La antena receptora (televisión, radio, teléfono) debe estar conectada al conductor de bajada para que sea intrínsecamente segura.

El cable coaxial que va desde la antena debe estar protegido por un pararrayos. Se recomienda conectar los elementos metálicos que sobresalen por encima del techo al tubo de escape más cercano.

El camino de la bajante debe ser lo más recto posible, tomar el camino más corto y evitar curvas cerradas o rampas. Dirija el cable de bajada fuera del edificio (si es posible), lejos de las tuberías eléctricas o de gas cercanas.

Instale un medidor de rayos CDR en uno de los canalones para facilitar el mantenimiento de la instalación.

La puesta a tierra del pararrayos debe contar con un sistema de registro de inspección periódica. La escotilla estará equipada con un sistema de desconexión que permita desconectar la tierra y medir la resistencia.

La resistencia a tierra debe ser lo más baja posible (menos de 10 ohmios). Este valor se medirá en tierra, aislado de cualquier otro elemento conductor.

La equipotencialidad de puesta a tierra del pararrayos debe conectarse a la tierra común del objeto protegido. Se deben agregar minerales para mejorar la conductividad del suelo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que el pararrayos se ha instalado correctamente, es importante realizar un mantenimiento de rutina y cuidadoso. En caso de descarga eléctrica, estas acciones deben tomarse tan pronto como se detecten. También hay que recordar que la instalación de un pararrayos es un proceso complejo que puede resultar muy peligroso por el riesgo de caída, ya que siempre debe instalarse por encima de la parte más alta del edificio o estructura a proteger.

Como mencioné anteriormente, la instalación de pararrayos es muy importante porque la caída de un rayo puede dañar dispositivos como teléfonos, televisores, computadoras, etc. Además, se debe saber que el sistema de protección contra

rayos no evita que estos caigan a la estructura, sino que por el contrario, bloquea el impacto y dirige las corrientes nocivas a tierra.

6 Bibliografía

https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/51886/OA_necesidad_pararrayos.pdf?sequence=3&isAllowed=y

https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/1090/Juan%20Lujan_Tesis_Titulo%20Profesional_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

<https://doi.org/10.15446/ing.investig.n22.19705>

Temario Ope Sescam Electricista 2023

Capítulo 525

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el servicio de Programación Quirúrgica en un hospital. Su labor consiste en coordinar y gestionar diversas actividades relacionadas con la programación de intervenciones quirúrgicas, asegurando un flujo eficiente de trabajo y contribuyendo al bienestar de los pacientes.

En este contexto, el auxiliar administrativo asume responsabilidades clave, como la coordinación de agendas, el registro de información relevante, la comunicación con los pacientes, la gestión de documentos y la colaboración con otros departamentos hospitalarios. Todas estas tareas tienen como objetivo garantizar que cada cirugía se planifique adecuadamente, se realice en el momento oportuno y se cumplan todos los requisitos necesarios para una intervención exitosa. La

labor del auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica requiere habilidades organizativas, comunicativas y administrativas. Es necesario mantener una base de datos actualizada con información de los pacientes, coordinar con el equipo médico y quirúrgico, y brindar asistencia a los pacientes, respondiendo a sus preguntas y brindándoles la información necesaria para su preparación preoperatoria (1).

Además, el auxiliar administrativo colabora estrechamente con otros departamentos dentro del hospital para asegurarse de que todos los aspectos logísticos estén cubiertos antes de cada cirugía. Esto implica una coordinación fluida con el departamento de enfermería, el laboratorio y el departamento de imágenes diagnósticas, entre otros, para garantizar que los recursos y las preparaciones necesarias estén disponibles y en orden.

En resumen, el auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica desempeña un rol esencial en la gestión eficiente de las intervenciones quirúrgicas en un hospital. Su contribución en la coordinación, comunicación y organización de los procesos garantiza que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento adecuado, mejorando así la calidad de la atención médica en el entorno quirúrgico.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el auxiliar administrativo en el servicio de programación quirúrgica en el hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica en un hospital desempeña un papel vital en el soporte y la gestión de las actividades rela-

cionadas con la programación de las intervenciones quirúrgicas. Sus responsabilidades suelen incluir la coordinación de agendas y el registro de información entre otras.

El auxiliar administrativo se encarga de programar y coordinar las fechas y horarios de las cirugías en colaboración con los médicos y el personal quirúrgico. Esto implica tener en cuenta la disponibilidad de los quirófanos, el equipo médico necesario y la disponibilidad de los pacientes. Además, debe mantener actualizada una base de datos con información relevante sobre los pacientes, como el tipo de cirugía, la fecha de programación, los datos personales, los resultados de las pruebas preoperatorias y cualquier otra información pertinente (2).

También, el auxiliar administrativo es el enlace entre el servicio de Programación Quirúrgica y los pacientes. Se encarga de proporcionar información sobre la fecha y hora de la cirugía, las instrucciones preoperatorias y responder cualquier pregunta o inquietud que puedan tener los pacientes. Debe asegurarse de que todos los documentos necesarios para la cirugía estén completos y en orden, incluyendo las autorizaciones médicas, los consentimientos informados y los resultados de los exámenes preoperatorios. Y es que trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos hospitalarios, como el departamento de enfermería, el laboratorio y el departamento de imágenes diagnósticas, para asegurarse de que todos los preparativos necesarios estén en su lugar antes de la cirugía. Realiza tareas administrativas generales, como la gestión de llamadas telefónicas, la elaboración de informes y la organización de la documentación relacionada con el servicio de Programación Quirúrgica.

En resumen, el auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica desempeña una función esencial en la coordinación y gestión de las intervenciones quirúrgicas, asegurando que todos los aspectos administrativos y logísticos estén en orden para garantizar una atención eficiente y de calidad a los pacientes.

En resumen, el auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica en un hospital juega un papel vital en la organización y coordinación de las cirugías. Su trabajo contribuye a asegurar la eficiencia y la calidad de la atención quirúrgica, al tiempo que brinda apoyo tanto a los profesionales médicos como a los pacientes. Su capacidad para gestionar eficazmente los horarios, mantener una comunicación fluida y realizar tareas administrativas esenciales permite que el servicio de Programación Quirúrgica funcione de manera efectiva, beneficiando a todos los involucrados en el proceso quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica en un hospital es fundamental para garantizar el correcto funcionamiento de esta área y contribuir al éxito de los procedimientos quirúrgicos. En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en la coordinación y organización de las actividades relacionadas con la programación de cirugías, proporcionando un apoyo indispensable tanto a los médicos como al personal de enfermería y a los pacientes.

Además de estas tareas, el auxiliar administrativo en el servicio de Programación Quirúrgica puede desempeñar funciones adicionales, como la gestión de suministros y equipos, la coordinación de la logística de las cirugías y la colaboración en la preparación de informes y estadísticas relacionadas con el servicio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admisiondocumentacion-clinica/>
2. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-admision-documentacionclinica/>
3. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/B>

Capítulo 526

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SERVICIO DE CITA PREVIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

1 Introducción

El servicio de cita previa en Atención primaria está gestionado por la unidad administrativa. Es el primer punto de contacto del usuario con el servicio es esta unidad de Salud, la cual se encarga de la recepción y atención con los mismos profesionales y los usuarios y citación para las consultas necesarias, incluido el médico de familia o incluso atención especializada.

El principal beneficio del servicio de citas es evitar que el paciente tenga que esperar mucho tiempo y abstenerse de abarrotar las salas de espera de los centros de salud.

Hay tres formas de acceder a la cita previa en atención primaria:

- Telefónicamente.
- presencialmente en el Centro de Salud.

- desde hace un tiempo, en Internet ofrece acceso a una variedad de instalaciones médicas.

Para ello se requieren los datos de identificación del paciente, que puede ser su número de DNI de estos últimos, nombre y apellido, y de historia. El auxiliar administrativo es el responsable de gestionar la solicitud de cita del usuario en el programa informático correspondiente ya sea presencial, telefónica o vía internet, incluso si se necesita realizar un trámite, con el médico que lo solicitó y cómo quiere ser atendido.

Las citas presenciales han sido sustituidas en su totalidad por citas telefónicas a partir de marzo de 2020 como consecuencia del Covid-19.

2 Objetivos

- Exponer cómo funciona el servicio de citaciones de Atención primaria.
- Aconsejar al auxiliar administrativo sobre la atención al usuario del mismo.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se llevó 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 de internet como es Google con palabras clave.

4 Resultados

El usuario tiene acceso al sistema de citas en atención primaria, las mismas de las diversas vías que ya se han puesto a su disposición, pudiendo solicitarlas por diversos formularios de enfoque.

La atención presencial es la más demandada porque se realiza donde se encuentra el usuario, este acude al centro médico para recibir la atención requerida, sin embargo, un usuario también puede hacerlo por teléfono sin tener que visitar físicamente el centro de salud de Atención Primaria, debido a la pandemia de Covid 19, los centros de salud ahora se utilizan con frecuencia. Otra forma de citación sería la atención domiciliaria, esta se utiliza para los usuarios que, por motivos de movilidad, enfermedad, avanzada edad, etc. no pueden acudir al centro de salud y necesitan de una atención presencial de personal facultativo. Es de vital importancia, cuando el auxiliar administrativo proceda a citar una atención

domiciliaria, que compruebe bien los datos tales como la dirección y el teléfono del paciente.

En los últimos años, se ha implantado también la citación no presencial para procesos administrativos utilizados por el usuario, como serían la dispensación o tramitación de los partes de Incapacidad Temporal, la dispensación de recetas electrónicas, informes médicos... donde el paciente, con su DNI, acudiría a la unidad administrativa o una persona designada que tuviera la autorización necesaria, acudiría a recoger la documentación requerida, a la unidad administrativa de su centro de Salud, en el horario de atención al público.

Por último, pero no menos importante, esta unidad se encargaría de contactar con servicios auxiliares como radiología, atención médica especializada o laboratorios.

La citación de urgencia también es otra responsabilidad de los auxiliares administrativos del Centro de Salud, cuando un usuario necesita atención médica inmediata y no demorable.

5 Discusión-Conclusión

Al momento de prestar el servicio al usuario, el auxiliar administrativo, debe escucharlo con calma y atención durante su cita, en caso de duda, debe preguntar o repetir los puntos cruciales de la conversación o pedir al paciente que le vuelva a transmitir la información.

El auxiliar administrativo debe hablar con calma y claridad, y prestar atención a la petición usuaria e informarle del tipo de atención más adecuado para él.

Es de vital importancia ante el caso de que el problema o la incertidumbre no se puedan resolver, anotar el número telefónico del paciente y cuando se tenga información concreta o solución, llamarle para comunicarse.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 527

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y TODAS SUS FUNCIONES EN EL DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE SUMINISTROS

ADRIANA INMACULADA MARTIN PALOMINO GONZALEZ

LORENA SORIANO ALARCON

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

1 Introducción

El servicio de almacenaje en un hospital es un servicio muy importante, ya que en él se acumulan los materiales y herramientas necesarias para abastecer todos los servicios hospitalarios y sus correspondientes servicios externos, como residencias de ancianos públicas, farmacias externas, etc.

Este servicio hospitalario está compuesto principalmente por esta serie de profesionales:

- El jefe de almacén o encargado de almacén, el cual es aquel que rehace responsable de la dirección del servicio, su correcta puesta en marcha y a su vez es responsable también del resto de trabajadores que se compone el almacén, indicándole a cada uno sus tareas propias del puesto a realizar.

- Los celadores con el puesto específico de almacén, los cuales tienen responsabilidades propias del puesto y están debidamente formados para realizar estas funciones, como pueden ser colocar los pedidos que se reciben en sus correspondientes armarios o estanterías, preparar los pedidos que deben de salir del almacén para posteriormente administrarlos por las diferentes plantas y áreas del hospital.
- El técnico auxiliar administrativo, que será del que hablemos en más profundidad a continuación, va a ser el encargado de gestionar y llevar el archivo de todo lo referente a la documentación de la paquetería, así como de los gastos de almacenaje que se puedan ocasionar, entre otras funciones.

2 Objetivos

Comentar lo referente a las tareas y funciones que efectúa el técnico auxiliar administrativo en el departamento o servicio de suministros y almacén 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 suministros y almacén de un hospital, el técnico auxiliar administrativo realizará varias funciones, entre las cuales se destacan las que comentaremos a continuación:

- El técnico auxiliar administrativo recogerá a primera hora los albaranes que son entregados por los empleados del servicio de paquetería y reparto de las diferentes casas de proveedores, en ellos comprobará que el número de albaranes hace referencia al número de pedido y a su vez la cantidad de mercancía entregada y el número de referencia de los artículos concuerdan también a los especificados en el pedido.

- Posteriormente una vez realizada esa comprobación y dando acceso libre al repartidor de que baje la mercancía procederá a pasar los datos que componen el albarán al programa informático que se utilice dando entrada así al sistema de la mercancía solicitada.
- Una vez realizado esto volcará los datos al sistema para que el departamento de facturación pueda recapitular y hacer balance de las mercancías que se han dado entrada.
- El técnico auxiliar administrativo procederá periódicamente a realizar un reajuste de las mercancías que se derivan en el almacén, es decir, previniendo que algunas de estas mercancías estén defectuosas o caducadas y se tenga que prescindir de ellas, dándolas de baja en el sistema y pueda ser que se tenga que hacer un nuevo inventario para volver a pedir a las empresas proveedoras que de nuevo repartan esa mercancía.
- El técnico auxiliar administrativo registrará las salidas de mercancía del almacén previa entrega de hoja de almacén por parte de los servicios hospitalarios. En dicha hoja el responsable o coordinador de cada servicio deberá exponer el número total de la mercancía que requiere así como su nombre completo y su número de referencia, para que sea más fácil y no se tenga ningún error por parte del personal del almacén a la hora de proveer dicha planta de hospitalización.
- El técnico auxiliar administrativo procederá a pedir a las empresas externas aquellos productos especiales que no se encuentran en el almacén, ya que debido a su corto período de caducidad o circunstancias específicas de almacenaje como puede ser no estar expuestos a la luz solar u otra clase de condición no se encuentran en stock ni inventario.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de almacén hospitalario, como ya hemos visto, representa a un servicio fundamental y organizado dentro del propio hospital.

Sin un correcto funcionamiento del servicio de almacén sería imposible proveer adecuadamente a todos los servicios hospitalarios por lo que es de suma importancia llevar al día y de manera muy estricta el libro de entradas y salidas de mercancías para poder prevenir de manera directa si hace falta realizar pedidos a las fábricas o casas de proveedores y así disponer de la manera más rápida y sencilla de estos productos.

El personal administrativo de este servicio de suministros y almacenaje no puede prescindir de una previa experiencia o por el contrario de una muy buena preparación, ya que sin una serie de conceptos previos este servicio no podría

ser llevado a cabo de manera efectiva.

6 Bibliografía

1. <http://revistamedica.com>.

Capítulo 528

LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL CENTRO DE SALUD Y LOS MECANISMOS A SU ALCANCE PARA ALIVIAR EL DESGASTE EMOCIONAL

MARÍA LÓPEZ CABAÑERO

1 Introducción

La sociedad actual tiene un estilo de vida acelerado, donde todo se desea de inmediato.

La presión excesiva y constante es la que causa el llamado estrés emocional que experimenta el mundo en general.

El aumento de la prevalencia de enfermedades mentales es una de las principales causas de bajas laborales por enfermedades comunes.

El llamado agotamiento laboral entra dentro de la categoría de estrés. Tiene una relación única con el trabajo, el trabajo excesivo y la programación diaria ineficaz del empleado. Estos casos de causalidad pueden provocar agotamiento físico y mental.

Puede haber varias causas para este estado emocional.

No hay duda de que la constitución psicológica de cada persona y sus deberes laborales tienen un impacto.

Algunos ejemplos incluyen el propio círculo familiar y social, niveles excesivos de perfeccionismo y manejo inadecuado de situaciones estresantes.

Para quienes trabajan en la industria de la salud, hacer malabarismos con las obligaciones laborales y familiares es un gran desafío debido a los turnos nocturnos

rotativos y las llamadas de 12 y 24 horas.

Este tema es objeto de numerosos estudios.

En este estudio, se describen una serie de síntomas que pueden indicar una enfermedad y ayudar en la prevención de enfermedades posteriores.

- Si se observa un cambio en la conducta del trabajador con pacientes o compañeros de trabajo. Hay signos de conducta inapropiada y empiezan a ser notorios.
- La autoestima del auxiliar administrativo se deteriora paulatinamente en el trabajo y en su familia. Empieza a sentir que el trabajo que hace ya no es suficiente, que no le llena psicológicamente hablando.
- El sentimiento de pesimismo invade el día a día del profesional, lo que le hace sentir desgastado y deprimido, aparentemente sin causa.

Encontrar soluciones y asistencia experta es crucial.

Hay que prestar atención y reconocer las señales de alerta que nos envía nuestro cuerpo cuando algo no va bien.

2 Objetivos

Conocer las diversas circunstancias que provocan estrés laboral en los empleados, particularmente en el ámbito de la salud.

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 ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo y Medline. También se han consultado diferentes temarios de oposición. Se han utilizado palabras como: auxiliar administrativo -depresión-cansancio-estrés-pesimismo

4 Bibliografía

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

Capítulo 529

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AGENDAS

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

MARIA COTILLAS GUERRERO

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

La gestión de agendas en el ámbito sanitario hace referencia al proceso de organizar y coordinar las citas y horarios de pacientes con los médicos, especialistas y otros profesionales de la salud en un entorno clínico. Una gestión efectiva de agendas es esencial para garantizar que todos los pacientes reciban la atención adecuada y que los recursos médicos se utilicen de manera eficiente.

En el complejo entorno de la atención médica, donde la eficiencia y la calidad de la atención son fundamentales, la gestión de agendas se erige como un pilar esencial. La coordinación que se precisa a la hora de realizar las citas entre pacientes y los especialistas se convierte en un elemento clave para asegurar que los servicios médicos se brinden de manera efectiva y oportuna. En este contexto, la gestión de agendas en el ámbito sanitario despliega un papel crucial al optimizar una mejor distribución del tiempo médico, reducir las esperas, mejorar la experiencia del paciente y permitir una asignación adecuada de recursos médicos. En esta exploración, examinaremos los componentes vitales de la gestión de agendas en entornos médicos, su importancia en la prestación de atención de calidad y cómo

la tecnología moderna está transformando este proceso en beneficio de pacientes y profesionales por igual.

2 Objetivos

Conocer las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de agendas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 establecimiento correcto de las pautas de citación debería desembocar en una reducción importante de los tiempos de espera para los pacientes, promoviendo la satisfacción del paciente y reduciendo las posibles quejas y reclamaciones.

Mejora de la Utilización de Recursos: Una gestión eficiente de agendas debería derivar en una mejor asignación de los recursos médicos, asegurando que los profesionales de la salud estén optimizando su tiempo y que los recursos estén siendo utilizados de manera efectiva.

Cumplimiento Normativo Mejorado: La implementación de una metodología bien estructurada y tecnologías adecuadas debería ayudar a asegurar el cumplimiento de las regulaciones de privacidad y seguridad de datos en el manejo de información del paciente.

Mayor Eficiencia Operativa: La automatización de procesos de programación y el uso de tecnologías modernas deberían conducir a una mayor eficiencia operativa en las instituciones médicas, liberando tiempo y recursos para actividades más centradas en la atención al paciente.

Mejora en la Planificación Clínica: Con una gestión de agendas más efectiva, los profesionales de la salud pueden programar consultas de seguimiento, procedimientos y consultas especializadas de manera más precisa, mejorando así la calidad general de la atención.

Una comunicación clara, efectuar recordatorios de citas y poseer una experiencia de programación sin fallos o problemas, contribuirán a una experiencia positiva para los pacientes, lo que a su vez aumentará su confianza en el hospital o centro de salud.

La coordinación eficiente de agendas permitirá a los médicos y especialistas atender un mayor número de pacientes y realizar un seguimiento más efectivo de los casos, lo que podría aumentar la capacidad de ingresos y la productividad.

El envío de recordatorios y la programación cuidadosa de citas ayudarán a reducir la tasa de ausentismo, lo que a su vez evitará espacios vacíos en la agenda y permitirá una mejor planificación del tiempo.

Una comunicación efectiva entre diferentes departamentos resultará en una colaboración más armoniosa, lo que podría mejorar la calidad general de la atención médica al permitir una transferencia fluida de información entre equipos.

La programación adecuada de citas y la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los médicos y especialistas evitarán aglomeraciones y ayudarán a mantener un flujo constante de pacientes a lo largo del día.

Estos resultados representan los beneficios que se pueden esperar al implementar una metodología sólida de gestión de agendas en el ámbito sanitario. Cada institución médica puede experimentar variaciones en los resultados en función de sus necesidades y circunstancias específicas.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de agendas en el ámbito sanitario se ha convertido en un componente esencial para garantizar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios médicos. A medida que las instituciones médicas enfrentan una creciente demanda de atención y buscan optimizar sus recursos, la implementación de una metodología eficaz para la gestión de agendas se vuelve crucial.

Una gestión de agendas bien estructurada no solo beneficia a los pacientes, al reducir tiempos de espera y aumentar la flexibilidad en la programación, sino que también impacta positivamente en los profesionales de la salud y la clínica en general. La reducción de las tasas de ausencias y cancelaciones, la mejora en la planificación de recursos y la mayor productividad del personal son solo algunos de los resultados que pueden lograrse mediante una gestión eficiente de agendas. Además de los beneficios prácticos, esta metodología también contribuye a la satisfacción general de los pacientes y a una mejor experiencia de atención médica. Los pacientes aprecian la capacidad de reservar citas de manera conveniente y de recibir recordatorios automáticos, lo que fomenta la adhesión al tratamiento

y la confianza en la institución médica.

La tecnología moderna desempeña un papel fundamental en esta evolución, permitiendo la implementación de sistemas de programación electrónica que facilitan la interacción entre pacientes y profesionales de la salud. Sin embargo, es importante recordar que la implementación exitosa de una gestión de agendas eficiente no se limita solo a la tecnología, sino que también involucra la capacitación del personal, la comunicación efectiva con los pacientes y una evaluación constante para ajustar y mejorar los procesos.

En resumen, la gestión de agendas en el ámbito sanitario no solo implica la optimización de horarios y recursos, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de la atención y la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. Una metodología bien diseñada y adaptada a las necesidades específicas de la institución médica puede conducir a una atención más efectiva, una mayor eficiencia operativa y resultados positivos tanto en la salud de los pacientes como en el funcionamiento general de la clínica.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Alfaro Latorre, M. (2002a). El desarrollo de la Atención Primaria en el IN-SALUD: Un análisis del cambio organizativo. Medifam, 12(8), 11-29.
3. Alfaro Latorre, M. (2002b). El desarrollo de la Atención Primaria en el IN-SALUD: Un análisis del cambio organizativo. Medifam, 12(8). <https://doi.org/10.4321/S1131-57682002000800001>.
4. Ocronos, R. M. y de E. (2019, octubre 22). ▷ El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
5. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.

Capítulo 530

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CONSULTAS EXTERNAS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

En el amplio y complejo entorno de la atención médica, la eficiencia, la organización y la atención al paciente son fundamentales para lograr un correcto desempeño de las funciones sanitarias. Entre las diferentes secciones que nos podemos encontrar dentro de un hospital, cabe resaltar el área de consultas externas, donde el papel del auxiliar administrativo en los hospitales y en los centros de salud cobra una importancia bastante significativa.

Este profesional lleva a cabo y desempeña un conjunto de responsabilidades esenciales que propician un buen desarrollo, fomentando la calidad en la atención que los pacientes reciben durante sus visitas médicas.

La función del auxiliar administrativo en consultas externas abarca un amplio abanico de labores que varían desde la programación de citas y la coordinación con los profesionales de la salud, hasta la interacción personal y directa con los pacientes. Por lo tanto, es de especial interés explorar y detallar el papel tan crucial que desempeña la figura del auxiliar administrativo en el funcionamiento eficiente de las consultas externas de un hospital o de un centro de salud, ya que

garantiza una experiencia satisfactoria a ambos lados del trato sanitario, es decir, tanto para los pacientes como para el personal médico.

2 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar administrativo en consultas externas.
- Conocer las diferentes metodologías que debe saber desempeñar la figura del auxiliar administrativo en su relación con consultas externa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 es el profesional que recibe a los pacientes en consultas externas, por lo que debe mostrarles una cálida bienvenida a la vez que ofrece una correcta información sobre los procedimientos a realizar, así como que requisitos se necesitan previamente. También forman parte de sus funciones responder a preguntas o dudas y asegurarse de que los pacientes se sientan en todo momento cómodos y atendidos adecuadamente durante su visita.

Otra función esencial es la de mantener los registros y documentación precisa a mano, así como actualizados, ya sea mediante el uso de software o a través de las aplicaciones informáticas pertinentes. Esto incluye a su vez diversos trámites, como la administración de registros médicos y administrativos, la verificación de información demográfica y la documentación que se obtiene tras rellenar los consentimientos informados. Además, ha de gestionar las citas, lo que incluye programar nuevas citas, reprogramarlas si fuera necesario y confirmar la asistencia de los pacientes.

El auxiliar administrativo colabora a su vez con diferentes departamentos y secciones dentro del hospital, lo que implica una correcta y precisa comunicación con el diferente personal médico, enfermería y otros equipos para asegurarse de que todos y cada uno de ellos estén informados y sincronizados.

Otra función clave es el manejo con soltura y rapidez de documentos administrativos como formularios de consentimiento, facturación, seguros y otros documentos necesarios. Esto promueve que los diferentes procesos administrativos se lleven a cabo sin problemas, de manera eficiente y que los pacientes estén debidamente informados. Por otro lado, el auxiliar administrativo debe asegurar de que todas las actividades y procesos cumplan con las regulaciones y políticas establecidas por las autoridades de la salud y el hospital.

Estas funciones son esenciales para garantizar una experiencia de consultas externas fluida y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal médico y administrativo involucrado.

5 Discusión-Conclusión

La función del auxiliar administrativo en el área de consultas externas de un hospital desempeña un papel integral en la operación eficiente y en la experiencia general de los pacientes. Las diversas responsabilidades que desempeña este profesional, desde la gestión de citas y la atención al paciente hasta la coordinación interdepartamental y el manejo de documentación, contribuyen de manera significativa a la calidad de la atención proporcionada en este entorno crucial. La colaboración, la atención personalizada y la eficiencia son componentes esenciales que caracterizan las funciones del auxiliar administrativo en consultas externas. La función del auxiliar administrativo en consultas externas es un vínculo vital entre los pacientes y el sistema de atención médica. Su capacidad para programar y gestionar citas de manera efectiva garantiza que los pacientes reciban atención oportuna y reduce los tiempos de espera. Además, la atención empática y la recepción amable contribuyen a la comodidad emocional de los pacientes, aliviando la ansiedad asociada con las visitas médicas.

La coordinación interdepartamental es esencial para una atención integral y bien coordinada. El auxiliar administrativo facilita la comunicación entre profesionales médicos, enfermería y otros departamentos, lo que garantiza que la atención médica sea coherente y holística. La precisión en la documentación y el manejo de registros son fundamentales para la integridad de la información y la toma de decisiones clínicas informadas.

La mejora continua de las funciones del auxiliar administrativo puede derivar de la retroalimentación constante tanto de los pacientes como del personal médico. La implementación de tecnologías avanzadas también puede agilizar los procesos administrativos y mejorar aún más la experiencia del paciente.

En resumen, las funciones del auxiliar administrativo en consultas externas de-

sempañan un papel esencial en la administración de la atención médica. Su capacidad para equilibrar la eficiencia operativa con una atención personalizada contribuye a una experiencia de paciente más satisfactoria y a un funcionamiento general más fluido del hospital.

6 Bibliografía

- Smith, J. (2020). *Administración Hospitalaria: Principios y Prácticas*. Editorial Médica Internacional.
- García, M., López, A., & Pérez, R. (2019). Funciones del Auxiliar Administrativo en Consultas Externas de Hospitales. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 15(2), 45-60.
- Hospital Central XYZ. (2021). Roles y Responsabilidades del Auxiliar Administrativo en Consultas Externas. <https://www.hospitalxyz.com/roles-auxiliar-administrativo-consultas-externas>.
- Rodríguez Marmol, M., & Muñoz Cruz, R. (2016). Factores relacionados con la satisfacción en consultas externas en Hospitales de Madrid. *Enfermería actual en Costa Rica*, 32. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i32.23807>.
- Rodríguez Mármol, M., & Muñoz Cruz, R. (2017). Factores relacionados con la satisfacción en consultas externas en Hospitales de Madrid. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 32, 40-51. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i32.23807>.
- Villegas García, M., Alcaraz Martínez, J., Pascual Saura, H., González Ortega, J. J., Ballesta Cabrero, A., Moreno Rodríguez, J. M., Baeza Alcaraz, Á., Villegas García, M., Alcaraz Martínez, J., Pascual Saura, H., González Ortega, J. J., Ballesta Cabrero, A., Moreno Rodríguez, J. M., & Baeza Alcaraz, Á. (2018). Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. *Revista Española de Salud Pública*, 92. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100404&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Capítulo 531

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: QUEJAS Y SUGERENCIAS

MARIA COTILLAS GUERRERO

CARLOS ALBERTO RODRÍGUEZ RUBIO

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

1 Introducción

Uno de los diferentes roles que desarrolla el auxiliar administrativo en un hospital o centro de salud es aquel que conlleva la gestión y atención de las quejas y sugerencias, ya provengan por parte de pacientes, sus familias o el personal sanitario. Este profesional actúa como enlace clave entre la administración y la comunidad hospitalaria, facilitando una comunicación efectiva, así como la resolución de problemas que ayuden a mejorar continuamente la calidad de los servicios que se realizan en la atención médica.

Dentro del entorno de la salud, las quejas y sugerencias pueden abarcar un amplio campo de temas, ya sea desde la atención al paciente y la calidad de los tratamientos recibidos, hasta el propio funcionamiento de las instalaciones, así como la logística hospitalaria.

El auxiliar administrativo es la figura encargada de recibir, registrar y manejar estas inquietudes de manera adecuada, eficiente y oportuna. Además, su labor va más allá de ser un simple intermediario, ya que debe asegurarse de que cada queja y sugerencia no caiga en el olvido, ni sea marginada, sino que sea tratada con la

seriedad que merece, llevando a cabo un seguimiento adecuado y por etapas para así garantizar una respuesta satisfactoria.

La habilidad para manejar este tipo de situaciones con tranquilidad, empatía y profesionalismo es extremadamente esencial para el auxiliar administrativo. También es fundamental desarrollar la capacidad de escuchar con atención las diferentes preocupaciones de los pacientes y sus familias, así como trasladar sus inquietudes al personal relevante dentro del hospital para colaborar con los departamentos pertinentes y así arrojar soluciones efectivas para ambos lados.

Además, en el caso de sugerencias centradas en mejorar el trato sanitario, el auxiliar administrativo juega un papel clave en transmitir estas ideas y críticas constructivas a la administración, contribuyendo así a la evolución positiva que derivará en mejorar la calidad de la atención médica. En resumen, el auxiliar administrativo de un hospital o centro de salud desempeña una función esencial en la gestión de quejas y sugerencias. Esta figura profesional debe mostrar una capacidad para comunicarse eficazmente con los pacientes, debe conocer cómo abordar problemas con un cierto grado de sensibilidad y coordinar las respuestas adecuadas, ya que todo ese proceso impacta directamente en la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención recibida. Al construir y regirse por una cultura basada en la retroalimentación abierta y participativa, estos profesionales contribuyen al desarrollo positivo y continuo de los servicios de salud, ayudando a fortalecer la relación entre la institución y los distintos ámbitos de pacientes que acuden a los diferentes servicios.

2 Objetivos

- Saber las diferentes medidas de ejecución que debe tener un auxiliar administrativo a la hora de gestionar quejas y sugerencias.
- Explicar cómo tramitar dichas quejas y sugerencias, así como utilizarlas para mejorar el servicio del centro de salud u 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 función del auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias está directamente relacionada con mejorar la experiencia del paciente. Al pretender atender de manera eficiente y empática las preocupaciones de los pacientes, así como de sus familias, se crea un ambiente propicio de confianza y respeto mutuo, lo cual fomenta que se trabaje en un ambiente de calma que mejore tanto las funciones laborales sanitarias, así como la estancia de los pacientes. En el momento en el que se implementan cambios, mejoras y soluciones que tienen su base en estas retroalimentaciones, se consigue fomentar la satisfacción global de los pacientes y su percepción acerca de la atención médica recibida, la cual tiene a ser muy positiva.

Al recopilar, filtrar y analizar las distintas quejas y sugerencias, el auxiliar administrativo juega un papel esencial en la identificación de áreas donde se pueden mejorar los procesos hospitalarios o sanitarios y como afectarían en la calidad de los servicios. Estas apreciaciones proporcionan una información muy precisa sobre aspectos que pueden estar repercutiendo negativamente a la eficiencia y la calidad de la atención prestada, de ahí la importancia de que el hospital sea consciente y efectúe distintos ajustes o modificaciones que optimicen sus funciones. El auxiliar administrativo actúa como enlace entre medias de los pacientes, el personal médico y, por último, de la administración del hospital. Al tramitar y dar voz de manera correcta y profesional las quejas y sugerencias a los departamentos y profesionales involucrados, se promueve una comunicación interna sólida y eficaz. Esto facilita la colaboración entre diferentes áreas para resolver problemas de manera coordinada y garantizar una respuesta coherente y adecuada.

La gestión efectiva de quejas y sugerencias por parte del auxiliar administrativo fomenta una cultura de mejora continua en el hospital o centro de salud, ya que se consigue demostrar que las opiniones de los pacientes y el personal son valoradas y tomadas en cuenta. Además, también se invita a todos los trabajadores del hospital, sean sanitarios o no, a contribuir con ideas y comentarios constructivos basados en su experiencia en el medio laboral. Esto promueve el desarrollo, la innovación y el crecimiento y mejora constante de los servicios médicos y administrativos.

Por último, la relación del auxiliar administrativo con las quejas y sugerencias va más allá de un simple trámite que desemboca en una resolución de problemas individuales, ya que impacta de manera directa en la calidad general de la atención médica, en la percepción que desarrollan los pacientes y en la eficiencia operativa del hospital.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar administrativo en la gestión de quejas y sugerencias dentro de un hospital o centro de salud es esencial para garantizar una atención médica de calidad y una experiencia positiva para los pacientes. Este rol va más allá de ser un simple intermediario administrativo y sus tareas desencadenan una serie de resultados significativos.

En primer lugar, la habilidad del auxiliar administrativo para manejar con empatía y profesionalismo las quejas de los pacientes y sus familias es crucial para crear un ambiente de confianza y respeto mutuo. Al escuchar atentamente y transmitir estas inquietudes de manera adecuada, se establece una base para la mejora continua de la atención médica. Además, el auxiliar administrativo se convierte en un puente de comunicación, permitiendo que las voces de los pacientes sean escuchadas por el personal médico y la administración.

La identificación de áreas de mejora es otro aspecto importante de este papel. Las quejas y sugerencias a menudo revelan fallos en los procesos hospitalarios, problemas de comunicación o deficiencias en la calidad de los servicios. Al recopilar y analizar estas anotaciones, el auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la detección temprana de problemas y en la implementación de soluciones efectivas. Esta contribución no solo beneficia a los pacientes, sino que también impacta en la eficiencia operativa y en la toma de decisiones informadas.

La gestión de quejas y sugerencias también promueve una cultura de mejora continua en el entorno hospitalario. Al demostrar que las opiniones de los pacientes y el personal son valoradas y tomadas en serio, se fomenta la participación activa de todos los miembros de la comunidad en la búsqueda de soluciones innovadoras. Esta actitud hacia la retroalimentación se convierte en un motor para la evolución positiva de los servicios médicos y administrativos a lo largo del tiempo.

En última instancia, el auxiliar administrativo junto con su capacidad para gestionar eficazmente estas quejas y sugerencias, ayuda a fomentar una cultura de mejora continua que contribuya a mejorar la calidad de la atención médica y a la satisfacción de los pacientes. Al crear un ambiente donde la comunicación abierta y la participación son valoradas, el auxiliar administrativo impulsa una transformación positiva en la forma en que se abordan los desafíos y se optimizan los procesos en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. Smith, J. (2020). *Gestión de la Experiencia del Paciente en Centros de Salud*. Editorial Médica Moderna.
2. <https://www.saludcastillayleon.es/PacientesHCUV/es/sugerencias>.
3. Gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias. - Hospital Universitario San Cecilio. (s. f.).
4. [https://www.euskadi.eus/informacion/servicio-de-atencion -al-paciente-y-usuario- departamento-salud/web01- a2inform/es/](https://www.euskadi.eus/informacion/servicio-de-atencion-al-paciente-y-usuario-departamento-salud/web01-a2inform/es/).
5. Alamo-Palomino, I. J., Matzumura-Kasano, J. P., Gutiérrez-Crespo, H. F., Alamo-Palomino, I. J., Matzumura-Kasano, J. P., & Gutiérrez-Crespo, H. F. (2020). Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de un hospital de tercer nivel de atención. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 246-253. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2916>.
6. Fernández Sola, C., & Granero Molina, J. (2004). Reclamaciones del usuario: Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index de Enfermería*, 13(47), 21-25.
7. Shimabuku, R., Fernández, D., Carlos, G., Granados, K., Maldonado, R., & Nakachi, G. (2014). Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(3), 245-250. <https://doi.org/10.15381/anales.v75i3.9779>.

Capítulo 532

AGRESIONES SUFRIDAS POR EL PERSONAL QUE PRESTA SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN LOS CENTROS SANITARIOS

ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ

1 Introducción

Las situaciones de violencia, tanto física como verbal son cada vez más comunes en los entornos laborales donde los profesionales tienen un contacto directo con los usuarios. El sector sanitario es uno de los más afectados tanto a nivel nacional como internacional.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud con la publicación de las Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud alertó sobre este problema. Desde entonces hasta ahora los datos de agresiones han ido en aumento, ya que de acuerdo con datos de la Organización Mundial del Trabajo, a escala internacional el 63% de los trabajadores de la salud declaran haber sufrido alguna forma de violencia en su centro de trabajo.

El personal expuesto a sufrir una agresión en los centros sanitarios comprende tanto al personal sanitario como al personal no sanitario, porque en algunos casos, como sucede con el personal administrativo o celadores, son los profesionales con los que el usuario o paciente tienen la primera toma de contacto cuando acude al centro de salud. En el presente trabajo se expondrá el aumento de la violencia sufrida por los trabajadores de los centros de salud y hospitalarios, sus consecuencias y las posibles soluciones

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Exponer el incremento de los casos de violencia sufrida por el personal en los centros de salud
- Señalar como los episodios de violencia afectan al desarrollo del trabajo del personal que los sufre

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la Organización Internacional del Trabajo "violencia en el trabajo es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma."

La misma Organización Internacional del Trabajo señala altos índices de violencia contra el personal de los centros de salud y en España, entre otros, un informe sobre agresiones a profesionales realizados por el Sistema Nacional de Salud en el año 2022 señala que:

- El número de agresiones sufridas por profesionales de los centros sanitarios ascendieron a 13.210, aumentando en 5 puntos respecto al año anterior.
- Del personal afectado de violencia, el 78% eran mujeres.
- El rango de edad que más sufre las agresiones oscila entre los 35 y los 55 años.
- Las agresiones físicas se dan en un 15% frente al 85% de los no físicas.
- Los lugares donde hay más posibilidades de padecer una agresión son las consultas, seguidas de los puntos de admisión e información y las zonas de hospitalización.

Los empleados que sufren un episodio de violencia ven como esto afecta de forma negativa en su trabajo. Estos pueden producir estrés y ansiedad en el trabajador, lo que repercute en la calidad de la asistencia ofrecida e incluso se puede decir

que produce una influencia negativa en la economía por las consiguientes bajas laborales.

Para intentar paliar estas situaciones, diferentes Comunidades Autónomas han elaborado protocolos de actuación para ser llevados a cabo expuesto a las agresiones. Incluso a través de la Secretaría de Estado de Seguridad se ha desarrollado un protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en los centros sanitarios, lo que refleja la implicación distintas administraciones.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier trabajador de los centros sanitarios está expuesto a sufrir un episodio de violencia durante la realización de su trabajo.

Las consecuencias de las agresiones afectan negativamente tanto la salud física del trabajador, al poder llegar a producirse lesiones, como psicológicas, ya que pueden derivar en trauma psicológico, estrés, ansiedad, síndrome del burnout o aislamiento social. Además, repercuten a su vez en la organización de los servicios debido a las bajas laborales

Porque algunas de las causas que provocan los episodios violentos tienen que ver con las demoras, los tiempos de espera y la disconformidad con la asistencia, es muy importante la toma de conciencia por parte de las instituciones de la necesidad de proveer de suficiente personal y la formación de este frente a tales agresiones además de dotar a los centros sanitarios de Departamento de Seguridad, vigilancia y conexión con los Cuerpos y Fuerzas del Estado

6 Bibliografía

1. Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud.
2. Informe de agresiones a profesionales del sistema sanitario nacional de salud de 2022
3. Revista española de Salud Pública

Capítulo 533

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL

DOLORES ROMERO ROMÁN

RUBÉN QUESADA CASTRO

JOSÉ CARLOS GARCÍA DEL CASTILLO SERRANO

ANA ISABEL MUÑOZ TORRERO PEÑA

INMACULADA SEVILLA SERRANO

1 Introducción

Para el correcto funcionamiento de un hospital, no solo es necesario disponer de recursos humanos preparados, también es imprescindible contar con los recursos materiales que el personal va a necesitar para poder desempeñar su trabajo.

Un almacén se define como un lugar en el que se depositan materiales, productos o mercancías y en el que se controla la distribución de los mismos. El almacén de un hospital va a ser la zona del hospital en la que se van a recepcionar, organizar y suministrar los distintos materiales necesarios para el día a día del hospital. El objetivo fundamental de un almacén hospitalario no es otro que el de suministrar a los distintos servicios del hospital el material necesario para poder garantizar el correcto funcionamiento del centro.

Las mercancías deben colocarse de tal manera que permitan acceder a ellas con facilidad, realizar rotación de stock (lo que evitará que caduque el material) y aprovechar el espacio lo máximo posible.

En todos los hospitales existe al menos dos almacenes, uno será el almacén de farmacia y otro el almacén general.

El personal que trabaja en el almacén de un hospital, está formado por administrativos, supervisores, y celadores. La figura del celador de almacén está reconocida según el acuerdo del Consejo de ministros 26/06/1990 el cual modifica el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre.

2 Objetivos

- Explicar las principales funciones de un celador en el almacén de un hospital.
- Dar a conocer el funcionamiento de un almacén hospitalario.

3 Metodología

El presente trabajo se ha elaborado, realizando una investigación sobre la bibliográfica sistemática de literatura científica existente y consultando diversos artículos de las principales bases de datos. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico empleando como palabras claves: “celador en el almacén hospitalario” y/o “funciones del celador en el almacén”.

4 Resultados

El buen funcionamiento de un almacén pasa por realizar una correcta labor de aprovisionamiento, teniendo en cuenta las necesidades de material del hospital. Una vez conocidas estas necesidades exactas de material, el almacén debe garantizar que siempre va a tener disponible el stock de material adecuado.

Un almacén contará con un área de recepción, un área de almacenamiento y conservación y con una zona de expedición de los pedidos de los distintos servicios del hospital.

Como se ha comentado en la introducción, entre el personal no sanitario que desarrolla su trabajo en él, se encuentra el celador. Son varias las tareas que un celador desempeña en un almacén, entre las que está:

- Recepcionará la mercancía suministrada. El proveedor dejará la mercancía en la zona de descarga designada, y el celador deberá comprobar que dicha mercancía se corresponde con la que aparece en el albarán de entrega.
- Comprobará que el material llega sin desperfectos, dejando constancia en el albarán de las incidencias detectadas.

- Se encargará de colocar las mercancías en la ubicación destinada para ello, siguiendo el sistema organizativo diseñado en el almacén.
- Registrará la información de entrada y salida diaria de materiales.
- Se encargará de preparar los pedidos de los distintos servicios del hospital, comprobando que los documentos de pedido estén correctamente cumplimentados y firmados por cada supervisor del servicio.
- Distribuirá los pedidos a los distintos servicios los días acordados. Normalmente se fijan unos días para la entrega de pedidos, aunque existen pedidos urgentes que pueden ser recogidos fuera de este plazo fijado.
- Participará en la realización de inventarios para controlar el stock.
- Vigilará las entradas y salidas de la zona, no dejando pasar a personas no autorizadas.
- También realizará cualquier función que le sea encomendada por el jefe de almacén y que esté dentro de las funciones de un celador.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del almacén de un centro sanitario es garantizar el abastecimiento de material en los distintos servicios y áreas del mismo. Para ello debe realizarse un control detallado y un registro de todas las entradas y salidas de material, informando al responsable de almacén de cualquier incidencia.

El celador del almacén participa en la mayoría de las labores desarrolladas en un almacén, recepción, supervisión, preparación y distribución de pedidos, inventariado, control de stock, etc. por lo que tiene que conocer de manera precisa la organización del mismo.

Además de conocer la organización y funcionamiento del almacén, el celador también debe tener conocimientos en manejo de cargas, para prevenir riesgos laborales no solo suyos, sino también del resto de personal del almacén.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/celador-almacen>.
- Rosa Ana de Dios González. EL CELADOR EN EL SERVICIO DEL ALMACÉN. Incluido en la revista Ocronos. Vol. III. Nº 8-diciembre 2020.

Capítulo 534

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES MAS COMUNES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

1 Introducción

Como toda profesión que se precie la de auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario no está exenta de poder sufrir riesgos y debido a que estos pueden sufrirse en el entorno de trabajo , de ahí que sean llamados riesgos laborales.

Entendemos por riesgos laborales a aquellos peligros a los que el trabajador , en este caso el auxiliar administrativo , se enfrenta diariamente durante la realización de sus tareas profesionales en su horario laboral y en su entorno de trabajo , siempre acorde con las tareas que este desempeña. Estos riesgos laborales pueden afectar a la salud de este personal tanto de manera física como psíquica .

Es muy importante conocer por parte del auxiliar administrativo los riesgos laborales a los que se enfrenta , para así intentar tomar medidas preventivas y poder minimizar riesgos o evitarlos en su totalidad. Conocer y prevenir será un arma perfecta para combatir los riesgos laborales a los que está expuesto.

El auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario estará expuesto a diversos riesgos , que nos solo afectaran en el momento o a corto plazo, sino que podría afectar o mermar la salud de este personal a medio o largo plazo.

En nuestro trabajo a desarrollar vamos a ver y explicar cuáles podrían ser los diferentes riesgos laborales que el auxiliar administrativo que desempeña su labor en un centro sanitario se enfrenta y puede llegar a sufrir.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo de investigación será el siguiente :

-Explicar los riesgos laborales mas comunes con los que este personal no sanitario tiene que lidiar en su jornada laboral

3 Metodología

Para poder realizar nuestro trabajo de investigación hemos revisado diferentes páginas webs relacionadas con el tema de riesgos laborales, no solo en el ámbito sanitario sino en otros sectores laborales también.

Hemos aportado nuestra experiencia profesional en el sector, por último hemos buscado mas información mediante la utilización Google académico introduciendo palabras concretas como riesgo, laboral, administrativo y hospital.

4 Resultados

A continuación vamos a enumerar y explicar los diferentes riesgos laborales mas comunes que puede sufrir este personal que desarrolla su labor en un centro sanitario

Los principales riesgos laborales que podría sufrir el personal administrativo serían los siguientes:

Caídas de un nivel a otro

Por ejemplo estas caídas podrían producirse cuando el administrativo está bajando o subiendo una escalera , al subirse a un soporte para coger un fichero por ejemplo y este al no estar bien sujeto provoque la caída del administrativo.

Caídas

Este riesgo es muy común en cualquier tipo de trabajo , pero en el que nosotros nos referimos en concreto podrían sucederse por tropezar por un cable mal posicionado en el suelo, un resbalón por pisar un bolígrafo por ejemplo que se encontraba en el suelo o incluso caer por suelo recién fregado.

Golpes

Un riesgo muy común también en esta profesión , por ejemplo golpearse la cabeza por una puerta mal cerrada , golpearse contra una silla mal colocada etc.

Cortes

Este riesgo podría deberse a la utilización de tijeras ,abrecartas incluso con papel , el cual podría llegar a producir pequeños cortes sobre todo en las manos durante su manipulación

Fatiga visual

Este riesgo será de los mas sufridos por este personal en concreto , debido a que su jornada laboral será frente a un ordenador por lo que inevitablemente tendrán que estar pendientes de la pantalla durante prácticamente toda la jornada, lo cual podrá provocarles esta molestia en los ojos

Estrés laboral

Hoy en día esto es un problema mas común de lo que creemos en esta profesión , la excesiva carga de trabajo ,los cortos periodos de descanso , la relación con los compañeros , la conciliación familiar , los hábitos de vida incluso la alimentación son factores que pueden afectar muchísimo en el ánimo del auxiliar administrativo los cuales podrán llegar a poderles hacer sufrir el temido estrés laboral.

Problemas de ergonomía

Este riesgo será exclusivamente producido por las malas posturas que este personal mantenga mientras se encuentre sentado en la silla frente al ordenador ,debido a que en su totalidad su horario será sentado, pues será bastante fácil que puedan sufrir esta dolencia.

Síndrome del túnel carpiano

Problema o riesgo muy común de esta profesión, debido al movimiento continuado y repetitivo de flexión e hiperextensión de la muñeca , sobre todo en el ordenador, esto llevará a poder sufrir esta enfermedad Covid 19.

Trabajando en un centro sanitario este personal estará mas expuesto a poder sufrirlo o contagiarse que por el contrario si teletrabajar desde casa

Accidentes in itinere

Este riesgo como ya sabemos serán aquellos que se sufran desde casa al trabajo y viceversa , siempre utilizando la misma ruta y el método habitual de desplazamiento.

5 Discusión-Conclusión

Ya hemos visto que el personal administrativo que trabaja en un centro sanitario se enfrenta a múltiples riesgos en su jornada laboral, algunos los cuales son bastante comunes debido a las funciones o tareas que este personal tiene que realizar en su día a día.

Una correcta información y formación del trabajador a cargo de la empresa sería muy beneficiosa por no decir obligatoria para que este personal pudiese evitar o prevenir ciertos riesgos laborales con los que diariamente tiene que luchar.

Es evidente que desarrollando una actividad laboral vamos a estar expuestos a riesgos propios de la labor que desempeñamos, pero medidas preventivas, información, preparación y formación harán que dichos riesgos se minimicen.

El auxiliar administrativo también debe ser consciente del entorno donde trabaja y a lo que se enfrenta, y será cauto en sus funciones a la vez que mirará tanto por la empresa como por su propia salud, por lo que no debería tener miedo en dirigirse a sus coordinadores y supervisores y manifestarles sus quejas o demandas respecto a evitar sufrir dichos riesgos laborales,

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com>

www.facebook.com

www.insst.es

Google académico <https://ocronos.com>

Google académico www.boe.es

Capítulo 535

EL CALEFACTOR COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE UN HOSPITAL Y EL SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN: REJILLAS, DIFUSORES Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

Dado que los hospitales suelen utilizar salas separadas para diversos fines, sus necesidades de HVAC también varían. El personal y las áreas de espera están disponibles. Para la temperatura, la humedad y la ventilación, cada uno de ellos tiene requisitos específicos. Los quirófanos, las salas de aislamiento y los laboratorios son algunos ejemplos de lugares que se consideran críticos. Los elementos climáticos de estas habitaciones suelen necesitar un control más preciso. Para

ello, el calefactor debe estar atento a los sistemas de climatización de los hospitales. Para ello, el calentador debe cumplir las normas establecidas en el Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios.

Con la capacidad de tratar y cuidar a las personas, los hospitales, las clínicas y otras instalaciones de atención médica son esenciales para la sociedad. La función de calefacción, ventilación y aire acondicionado en estas estructuras es igualmente importante.

Esto es cierto para cualquier tipo de edificio que reciba mucho tráfico peatonal, pero los centros de salud lo requieren más que otros edificios porque pueden recibir pacientes con problemas de salud, necesitan proteger a su personal de infecciones y realizar operaciones delicadas.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el calefactor en relación con la climatización de un hospital, el mantenimiento y limpieza de las rejillas y difusores de aire.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de la salud y la seguridad en hospitales y clínicas contrasta con el énfasis en la comodidad cuando se trata de sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado en espacios públicos. Contener enfermedades e infecciones es esencial para proteger de daños a los pacientes inmunocomprometidos, a los huéspedes sanos y al personal. La seguridad depende en gran medida de técnicas efectivas de eliminación del aire de escape, ventilación e intercambio de aire. Incluso se ha comprobado que brindar confort térmico a los pacientes y protegerlos del frío y el calor se asocia con menores tasas de mortalidad hospitalaria.

El mantenimiento principal que tiene el calefactor es aspirar las rejillas de ventilación con una aspiradora de mano o limpiarlas con un paño suave y limpio o un bastoncillo de algodón.

Se requieren calentadores de hospitales para realizar estas tareas de mantenimiento.

1. Examinarán los conductos internamente.
2. Se limpian los conductos de ventilación y aire acondicionado.
3. Se limpiarán los difusores y rejillas.
4. La limpieza se realizará en las unidades de tratamiento de aire.
5. Limpiamos el equipo o el sistema de refrigeración.
6. Los hallazgos, junto con las conclusiones y recomendaciones, deberán plasmarse en un informe técnico.

Los difusores se utilizan para distribuir aire acondicionado en un espacio. Están disponibles en una variedad de estilos, incluidos los de lamas, circulares, giratorios y lineales.

El calefactor puede ubicar las rejillas fijadas a los conductos, en el falso techo, o fijadas a las paredes en un hospital con ventilación directa. La ventilación y renovación del aire adecuadas son los resultados previstos de su uso y mantenimiento.

El mantenimiento principal que tiene el calefactor es aspirar las rejillas de ventilación con una aspiradora de mano o limpiarlas con un paño suave y limpio o un bastoncillo de algodón.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad del aire acondicionado hospitalario para controlar variables ambientales como la temperatura y la humedad y al mismo tiempo reducir el riesgo de contaminación e infección es esencial.

En los hospitales, las rejillas son la herramienta de ventilación más popular porque son muy importantes para mantener una ventilación adecuada y reemplazar el aire perdido.

Los hospitales, clínicas y otros centros de salud son necesarios para tratar y cuidar a las personas, razón por la cual son importantes para la sociedad. Los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado de estas estructuras son igualmente cruciales.

6 Bibliografía

1. www.google.es
2. www.scielo.org

Capítulo 536

EL CALEFACTOR Y EL RIESGO DE INCENDIO EN UN HOSPITAL

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

1 Introducción

Las áreas con bajo riesgo de incendio pero alto riesgo para las personas incluyen lavanderías, laboratorios, almacenes y pisos de hospitales. quirófanos, unidades de cuidados intensivos).

- Funcionamiento continuo e ininterrumpido, a pesar de que algunos departamentos (calderas, archivos y almacenes) no tienen casi actividad y pueden pasar largos periodos sin vigilancia.

Las constantes iniciativas de reforma dificultan la actualización de los planos de construcción.

Los hospitales, al igual que otros edificios, presentan los problemas típicos que surgen al alojar a muchas personas, pero también tienen una serie de problemas únicos.

- Ocupación: Existen diferentes tipos de pacientes, tanto válidos como inválidos,

que pueden ser evacuados o no, así como familiares, personal médico y otro personal cuya evacuación está ligada a la de los pacientes.

- Situaciones de riesgo múltiple: Hay dos que se deben tener en cuenta: la presencia de espacios donde existe un alto riesgo de incendio pero un riesgo moderado para las personas (como la cocina).

La mayoría de las muertes por incendios resultan de humos y gases, ya sea directamente, por inhalación o como resultado del pánico y la desorientación severa que causan.

Las estadísticas muestran que casi la mitad de todos los incendios (47%) tienen lugar durante la noche. Los humos son el subproducto más peligroso de la combustión porque afectan significativamente la respiración y la visión, lo que dificulta apagar incendios y evacuar a las personas. Los gases más peligrosos para las personas son aquellos que son tóxicos e incluso pueden llegar a ser corrosivos en algunos casos.

La mayoría de las muertes por incendios resultan de humos y gases, ya sea directamente, por inhalación o como resultado del pánico y la desorientación severa que causan.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos y medidas preventivas a tener en cuenta por el personal de mantenimiento, en este caso el calefactor, en la relación con la prevención de incendios en medio 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

Todo hospital debe disponer de un plan general de prevención de incendios para garantizar que en un mismo espacio no puedan coexistir diversos materiales combustibles al mismo tiempo que diversas fuentes de ignición (eléctricas, térmicas,

mecánicas o químicas).

Para la eliminación de residuos se utilizarán contenedores metálicos con cierre hermético y automático, y los líquidos inflamables se guardarán en un departamento separado de uso exclusivo.

Las intervenciones con materiales inflamables se realizarán en lugares bien ventilados, con estricto orden y limpieza minuciosa en los lugares de riesgo.

Las botellas y botes de gases comprimidos, licuados y disueltos siempre deben ser correctamente identificados y manipulados únicamente por personas calificadas, de acuerdo con la instrucción número 7 del Reglamento de Aparatos de Presión (ITC-MIE-AP-7). , junto con las instrucciones de uso, deberían estar disponibles allí. No es posible tener cerca botellas llenas y vacías.

Entre las medidas preventivas encontramos:

- En cuanto a las fuentes de calor, no existen llamas abiertas en ningún lugar del hospital, en su lugar se utilizan superficies calientes y se encuentra presente un técnico capacitado para realizar procedimientos de riesgo.
- Iluminación eléctrica: Para cumplir con la normativa hospitalaria vigente se modificará la instalación eléctrica.
- Las fuentes mecánicas incluyen, por ejemplo, mantener adecuadamente la máquina, abstenerse de utilizar herramientas que produzcan chispas y mantener líquidos inflamables fuera de recipientes metálicos.
- La gestión y almacenamiento seguro de reactivos químicos que puedan provocar combustión e incendio a nivel de fuentes químicas.

Debido a que estas precauciones solo eliminarán parcialmente el riesgo de incendio, se deben implementar más medidas de seguridad contra incendios.

Aunque cualquier incendio puede contenerse y apagarse fácilmente en sus primeras etapas, si se propaga y no se descubre a tiempo, los pacientes y el personal pueden correr peligro de sufrir enfermedades percederas.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales son particularmente vulnerables al riesgo de incendio porque afecta a quienes deben ser evacuados, incluidos los ancianos, las personas con discapacidad y las personas con movilidad limitada, todos los cuales tienen necesidades específicas. Sin embargo, el riesgo crece a medida que se añaden más departamentos, como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, residencias de ancianos, laboratorios, cocinas y almacenes.

Dado que el riesgo de incendio es una preocupación importante a nivel hospitalario, es fundamental conocer las medidas tanto preventivas como de protección.

Por lo tanto, es fundamental que los técnicos de mantenimiento comprendan todos los dispositivos disponibles y cómo utilizarlos correctamente para detener incendios. Junto con eso, también participas en simulacros y recibes capacitación recurrente sobre el tema.

6 Bibliografía

1.www.scielo.org

2.www.google.es

Capítulo 537

EL CALEFACTOR Y LAS PISCINAS DE REHABILITACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS

ÁLVARO FERNÁNDEZ COLLADO

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

FRANCISCO GONZALEZ TEBAR

ANTONIO RUIZ ESCUDERO

1 Introducción

La hidroterapia, también conocida como terapia en el agua, es un tipo de tratamiento de rehabilitación clínica donde los pacientes reciben el tratamiento, la prevención y la recuperación necesaria a través de ejercicios y técnicas realizadas en el agua. Desde la antigüedad, el agua se ha asociado con cualidades terapéuticas y sobre todo medicinales. Las piscinas se utilizan para algo más que el ocio en estos días.

Para aquellos con condiciones reumáticas, el entrenamiento con agua caliente es útil. Las condiciones incómodas para los terapeutas y los clientes pueden ser el resultado de una sala de terapia sin un deshumidificador adecuado, lo que también puede generar altos costos operativos y un deterioro muy acelerado del edificio.

No obstante, las piscinas sirven como un centro importante para la concentración de bacterias y virus que causan una variedad de enfermedades, como gastroenteritis bacteriana y viral, legionelosis, giardiasis y criptosporidiosis. Una proporción considerable de los hospitales cuentan hoy en día con piscinas en sus instalaciones.

En el desarrollo de este capítulo se incluye una recopilación de las acciones que el personal de mantenimiento debe realizar periódicamente para mantener el agua limpia y libre de virus, como reemplazar los calentadores de los hospitales.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el calefactor respecto a las piscinas de rehabilitación 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 piscinas de rehabilitación de las instalaciones hospitalarias suelen requerir un mantenimiento similar al de otras piscinas, con algunas excepciones. Para garantizar que el espacio se mantenga a la temperatura deseada, el calentador debe reparar las tuberías de suministro de agua caliente dañadas.

Con una piscina climatizada, podrás utilizarla cuando quieras, de día o de noche, y en cualquier clima. Esto reduce el tiempo de inactividad. La principal ventaja de la calefacción de piscinas es ésta. Después de todo, nada es más desalentador que posponer la diversión temprano en la mañana o durante los meses más fríos. Para piscinas terapéuticas, existen varias opciones de calefacción:

1. Las técnicas de calentamiento de piscinas que utilizan energía solar han sido elogiadas por su asequibilidad y sostenibilidad. Este tipo de calentador, que se basa en tecnología fotovoltaica, utiliza placas colectoras para recoger la luz solar,

transformarla en energía térmica y luego utilizar esa energía para calentar el agua de la piscina.

2-Calentamiento eléctrico: Esta eficaz y cómoda técnica de calentamiento calienta el agua rápidamente convirtiendo la energía eléctrica en energía térmica a través de una resistencia. Funciona de manera similar a una ducha eléctrica.

3-Calefacción a gas: Esta es una alternativa confiable que eleva la temperatura del agua de manera rápida y uniforme. También funciona bien en cualquier clima y es muy ideal para piscinas que utilizarán muchas personas a la vez.

4-Intercambiador de calor o bomba: Una de las formas más eficientes, económicas y ecológicas de calentar piscinas es con un intercambiador de calor, también conocido como bomba de calor. Porque funciona en dirección opuesta a un aire acondicionado y, por lo tanto, es más sencillo de instalar y operar, el calentador.

5 Discusión-Conclusión

Las piscinas de rehabilitación hospitalaria pueden ser una herramienta útil para el tratamiento y recuperación de algunas patologías y enfermedades si se mantienen actualizadas y se mantienen adecuadamente.

También pueden ser una fuente importante de enfermedades debido a la acumulación de virus y bacterias. Es importante realizar limpieza y desinfección rutinaria del agua, los vasos de la piscina, los filtros que dan acceso al agua y el área alrededor de ellos. Otra cosa a tener en cuenta es cómo se calienta la piscina de rehabilitación.

Por lo tanto, se necesita personal de mantenimiento, de ahí la importancia de la adecuada formación y de un desempeño adecuado en esta tarea por parte del calefactor como parte del personal de mantenimiento.

6 Bibliografía

1. Mantenimiento de piscinas de rehabilitación. Servicio de Ingeniería. Sección de Climatización, Fluidos Térmicos y PCI.

2.<https://nautilusbr.com/es/blog/calefaccion-para-piscinas-conozca-los-tipos-y-su-funcionamiento/>

Capítulo 538

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS DEL PACIENTE

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

1 Introducción

Todos los registros clínicos organizados de los pacientes bajo el cuidado de un centro médico se guardan en archivos. Los propósitos básicos de un archivo incluyen almacenamiento de documentos, acceso a documentos, organización de archivos, información, instrucciones, etc. Según el número que se les asigna cuando se abren, las historias se organizan en orden numérico. El celador debe trasladar el historial médico y cualquier documentación adicional desde la sala del hospital correspondiente al archivo central. Los siguientes datos clínicos se pueden mantener archivados para un paciente:

- En archivo, los datos simples del paciente serán lo único que se conservará. Este documento se conserva en las oficinas administrativas y sucursal principal del hospital.

- A través de entrevistas o registros de fábrica contiene una historia del paciente que recibe tratamiento en una clínica. El registro de cita ha sido entregado en la habitación del paciente en el caso de que este sea ingresado en el hospital. Las funciones del celador de almacén en relación con los registros médicos se demuestran a través de la gestión operativa o transmisión de mensajes verbales, documentos, correspondencia o artículos encomendados por sus superiores, así como mediante el traslado de equipos o mobiliario de un servicio a otro.

2 Objetivos

Ser conscientes de algunas cuestiones fundamentales relativas a la actuación del celador a la hora de trasladar documentos y objetos.

3 Metodología

El desarrollo del presente trabajo 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 en las principales bases de datos y para seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Se requiere una entrega rápida, confiable, organizada y segura de documentos y efectos. Se deben tomar las precauciones adecuadas para garantizar que los documentos y efectos que se le confían lleguen intactos.

- Responder a los mensajes indicando: La comunicación verbal es cualquier tipo de mensaje, instrucción o información enviada por un tutor a un estudiante. El director se encargará de mantener la privacidad del contenido de las comunicaciones orales. El supervisor debe hablar con el público, otros supervisores, compañeros de trabajo y subordinados. (Señales, instrucciones, datos, etc.) son reportados por su responsable o por los profesionales autorizados que trabajan para ellos.
- Transmitir registros médicos y otros documentos: La transferencia de registros médicos implica la entrega cuidadosa de los registros en el lugar previsto. Una historia clínica es cualquier forma de documentación que incluye una recopilación de datos y detalles médicos. La historia se ve como una colección de registros

que detallan la condición clínica actual de un paciente, así como también cómo esa condición ha cambiado a lo largo del tratamiento.

-Gestión de historias clínicas: El personal médico del centro debe conocer el historial médico del paciente para poder proporcionar una atención adecuada al mismo. Habrá marcas en cada entrada y salida de los registros médicos y de servicios del destinatario o remitente. El objetivo es estar siempre al tanto de dónde se encuentran los registros del hospital tanto dentro como fuera. Después de la asistencia, el historial se vuelve a guardar en el archivo para que la siguiente restauración pueda acceder a él. Además de trasladar a los pacientes para realizar pruebas adicionales, los celadores se encargarán de que las historias y otros documentos se trasladen al Archivo.

El administrador central de casos, que está a cargo de elegir la frecuencia con la que se recopilan los registros médicos, debe establecer un orden de prioridad y un cronograma para las llamadas al hospital y a los registros médicos centrales, y viceversa. Para evitar pérdidas accidentales, los tutores deben cooperar en el mantenimiento de los registros médicos que se lleven durante un viaje. También acuerdan no entregar estos registros a partes no autorizadas. El Gobernador cumplirá con sus deberes de secreto y confidencialidad, así como con la documentación adicional del paciente, al igual que el resto del personal. El mando de reserva es intocable. Se deben seguir las reglas antes mencionadas para evitar el procesamiento. Los tutores solo deben tener acceso a la información HC necesaria para tareas confiables (nombre, habitación, cama, etc.). Si alguien solicita acceso al HC, deberá seguir los siguientes procedimientos para obtenerlo porque el tutor no está autorizado a facilitar dichas solicitudes.

- Traslado de mobiliario o equipo de un servicio a otro: Para las entregas de insumos, equipos y mobiliario, el custodio deberá estar presente en la unidad solicitante tanto cuando se realice la solicitud de entrega como cuando se realice el traslado. Luego solicitará su aprobación. Además, retirará cualquier cama o colchón que se encuentre en mal estado para su renovación o almacenamiento, siempre siguiendo el horario, ruta y prioridad predeterminados, y tratará de minimizar cualquier interrupción en las operaciones regulares del Instituto.

- El movimiento de los cohetes de oxígeno.

El asistente es responsable de transportar los tanques de oxígeno, reemplazarlos cuando se agotan, prepararlos para su uso y suministrarlos a los pacientes que reciben oxigenoterapia. Los valets organizarán el transporte desde el almacén correspondiente hasta la unidad de pedido una vez que reciban una solicitud para reemplazar el tanque de oxígeno. A continuación, recogerá las bombonas de oxígeno vacías y las entregará en el depósito correspondiente.

- Transferir muestras biológicas. Es fundamental que las muestras para análisis posteriores lleguen al laboratorio en condiciones adecuadas para evitar que los resultados de las pruebas se vean afectados. Los celadores serán los encargados de entregar las muestras a los laboratorios correspondientes y recopilar los resultados. Todas las muestras deben enviarse junto con una solicitud o prescripción médica para un análisis.
- Distribución de Productos farmacéuticos: Diariamente, los profesionales de la salud entregan medicamentos y otros insumos farmacéuticos a los servicios hospitalarios de acuerdo con la ruta, horario y prioridad designados. Obtienen los informes de farmacia de los servicios hospitalarios y los trasladan a la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Como empleados del hospital que no somos profesionales médicos, hemos tenido la oportunidad de conocer algunas inquietudes fundamentales relativas al traslado de papeles y objetos por parte del celador.

Hemos visto qué es un expediente, cómo funciona generalmente y cómo se pueden conservar los datos clínicos de un paciente.

Es imperativo que este traslado se complete de forma rápida, segura y ordenada. Hemos observado el procedimiento para procesar comunicaciones verbales, mover papeles e historias clínicas, mover muebles o equipos de un servicio a otro, mover cilindros de oxígeno, mover insumos de farmacia y mover nuestros biológicos.

Las funciones del celador de almacén en relación con los registros médicos se demuestran a través de la gestión operativa o transmisión de mensajes verbales

6 Bibliografía

- www.scielo.org
- www.revistasanitaria.com

Capítulo 539

EL CELADOR Y SU COMETIDO EN LA SALUD MENTAL

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

1 Introducción

Según la OMS, la salud mental es "un estado de bienestar en el que cada persona desarrolla su potencial, donde es capaz de hacer frente a las tensiones de la propia vida, es capaz de trabajar eficiente y eficazmente y puede contribuir a su propio bienestar o comunidad".

Cualquier apoyo local o externo destinado a preservar o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental es lo que la OMS define como salud mental y apoyo psicosocial.

Una enfermedad mental es un cambio emocional, cognitivo y/o conductual que afecta funciones psicológicas fundamentales como puede ser la emoción, la conciencia, el comportamiento, la percepción y sobre todo el lenguaje. Este cambio dificulta que la persona afectada encaje en su entorno cultural y social actual y, en general, le hace sentirse incómodo.

La plena integración de la salud mental en la seguridad social no fue posible hasta 1986, cuando entró en vigor el artículo 20 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, que trataba a las personas con enfermedades mentales en igualdad de condiciones con el resto de pacientes y usuarios de los servicios sociales también. Las unidades de hospitalización y las unidades que no son hospitalarias son los dos tipos de unidades de psiquiatría.

2 Objetivos

Comprender los roles que desempeña el celador en cada tipo de unidad psiquiátrica y cómo se categoriza cada unidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda sistemática utilizando los términos: “celador”, “salud mental”, “funciones” y “definición”. A esto le siguió una revisión bibliográfica que implicó consultar varios libros y bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Se seleccionaron los artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los objetivos de la especialidad médica conocida como psiquiatría incluyen el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de algunos trastornos mentales, de personalidad y del comportamiento. Además, se evitan y tratan algunas variantes psicológicas anormales y comportamientos atípicos.

En las unidades psiquiátricas, el celador tiene las siguientes responsabilidades:

1. Vigilar la puerta de acceso, restrinja la entrada y salida, prohíba la entrada de visitantes no autorizados y evite la introducción de objetos, alimentos o bebidas potencialmente peligrosos o ilegales.
2. Tomar precauciones para mantener limpio el entorno de los pacientes.
3. Mantener el orden regulando la estancia y circulación de familiares e invitados tanto en las habitaciones individuales como en las zonas comunes.
4. Asistir a los pacientes que lo requieran en su higiene personal y vigilar a aquellos que no quieran asearse para motivarlos a hacerlo.

5. Trabajar con el resto del personal médico para mantener el orden evitando que los pacientes hagan un mal uso de la ropa y posesiones de la unidad.
6. Comprar medicamentos recetados en la farmacia.
7. Mover muebles o electrodomésticos.
8. Vigilar a sus pacientes mientras caminan y, si es necesario, camine junto a ellos.
9. Trasladar a los pacientes a otros departamentos o consultas del centro.
10. Velar por la cooperación y la tranquilidad de los pacientes.
11. Ayudar a los profesionales médicos a administrar medicamentos y atender a los pacientes que no cooperan.
12. Ayudar a calmar a los pacientes agitados.
13. Regular la oferta de tabaco.
14. Evitar discutir diagnósticos, tratamientos o pronósticos de una enfermedad con los familiares o visitantes de la persona enferma.
15. Abstenerse de realizar tareas que no sean apropiadas para su categoría.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que los pacientes psiquiátricos deben ser tratados con paciencia y comprensión, el guardia debe tener una actitud positiva y ganarse la confianza del paciente para que se sienta cómodo y tranquilo.

Las enfermedades físicas y mentales se pueden mejorar en cualquier lugar de trabajo saludable y, cuando el personal médico y el personal sanitario colaboran, la organización puede funcionar de manera eficiente.

Pese a la integración de la salud mental en la Seguridad Social en 1986, no se ha producido una adaptación normativa de las funciones que corresponden al personal no sanitario; sin embargo, están incluidos en protocolos de actuación y normativa interna, en función de las necesidades de las personas con enfermedad mental.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-MENTAL.pdf>.
2. <https://feafesgalicia.org/salud-mental/que-es-la-salud-mental/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 540

LAS FUNCIONES DE UN CELADOR EN UN QUIRÓFANO

MARÍA DOLORES ALMENDRAL TOMÉ

JONATAN VICENTE BARROSO

GLORIA PANIAGUA LEAL

JUANA DUQUE DUQUE

REMEDIOS LUCIA CANO PATERNA

1 Introducción

Muchas personas influyentes trabajan en los centros hospitalarios, incluidos el personal médico, enfermeras, celadores, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, personal de enfermería y otras profesiones, y cada día lo dan todo en su trabajo para ayudar a los demás. El quirófano es una parte del hospital donde se realiza una limpieza extremadamente meticulosa mediante técnicas asépticas para realizar trabajos muy importantes y de gran escala para salvar vidas, como las operaciones, siempre en un entorno de alto nivel de seguridad para mantener un quirófano completamente estéril y evitar la contaminación del espacio.

El celador de quirófano, al igual que el personal de otras áreas de un hospital, está sujeto a riesgos laborales como riesgos biológicos, químicos o físicos, entre otros. Por este motivo, debe cumplir con las estrictas normas de seguridad del quirófano para protegerse tanto a él como al paciente.

Cada miembro del equipo del campo quirúrgico debe trabajar en conjunto en el quirófano para garantizar que la intervención transcurra sin problemas y poder seguir ayudando a los demás. Cada especialista debe atender a sus responsabilidades particulares. Este capítulo se centra en las tareas específicas realizadas por un miembro del equipo en el área quirúrgica, como el celador.

2 Objetivos

Exponer cuáles son las funciones y tareas que tiene que desempeñar un celador cuando se va a realizar una intervención en el quirófano.

3 Metodología

Para desarrollar aún más este capítulo, buscamos en libros y los artículos científicos en línea que nos ayudarían a alcanzar el objetivo predeterminado. Para ello se han utilizado bases de datos como son: Dialnet y revistas científicas revisadas por pares.

4 Resultados

Según los resultados de esta investigación, podemos observar que el celador de quirófano debe cumplir una serie de normas, tanto de higiene personal como de mantenimiento de un ambiente aséptico y libre de infecciones. Además, debe ser consciente de cuántas y en qué intervenciones participará, así como de la posición en la mesa de operaciones donde se debe colocar al paciente en función de la intervención necesaria y los elementos que se utilizarán.

El celador debe transportar cualquier equipo especializado necesario en el quirófano dependiendo del tipo de intervención que se realice. Además, y esto es fundamental, el celador debe informar a la enfermera toda la información relacionada con el paciente que le haya sido transmitida desde el área de hospitalización. Además de trasladar esta información, será la encargada de trasladar al paciente desde la unidad en la que se encuentra hasta el quirófano en el que será intervenido, así como a la inversa, desde el quirófano a la sala de recuperación o al lugar que se haya especificado, junto con el expediente clínico completo del paciente.

El celador de quirófano realizará las funciones que le hayan sido delegadas personalmente así como las que le encomienden los demás miembros del equipo

quirúrgico, incluyendo ayudar a movilizar al paciente, transportar el instrumental de intervención a la estación de esterilización, tomar las muestras de laboratorio y entrega de pedidos al almacén o farmacia. El celador del quirófano tiene una variedad de deberes y responsabilidades, incluida la gestión de quien tiene acceso al quirófano y el mantenimiento de la formación continua. Pero quizás lo más importante es que deben poder trabajar en equipo y demostrar confianza, amabilidad, empatía y seguridad hacia el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Con la información recopilada, hemos concluido que el celador tiene un papel muy importante en el quirófano, ayudando no sólo a prepararlo para la intervención, sino también trabajando con el equipo quirúrgico para fomentar un ambiente positivo que asegure el éxito de la intervención. Pero sobre todo, el celador es un profesional de gran importancia para el paciente porque es un momento estresante cuando lo trasladan de la unidad hospitalaria en la que se encuentra al quirófano, y el celador hace que, de esta manera, el paciente se siente mejor, dándole seguridad y confianza, mostrándose tranquilo con una actitud afectiva.

6 Bibliografía

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-desempeno-del-celador-enquirofano/>
- www.scielo.org

Capítulo 541

LAS FUNCIONES GENERALES QUE DEBEN DE REALIZAR LOS CELADORES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

1 Introducción

Los celadores es el personal no sanitario que trabaja para las instituciones sanitarias.

Queremos enseñar con este capítulo las diferentes labores que deben de ejecutar los celadores en España a día de hoy ya que las funciones han ido variando con el paso de los años.

Podemos decir que este grupo de personal no sanitario es un cuerpo imprescindible para el correcto funcionamiento de cualquier centro hospitalario.

Por estas razones los celadores son los trabajadores que mas contacto directo tienen con los enfermos y con los familiares de estos

La principal tarea que tienen los celadores es lograr alcanzar el mejor funcionamiento de los centros hospitalarios, entregándose al completo a realizar la vigilancia del mantenimiento del centro hospitalario, poniendo orden en los mismos y ayudando y asegurando el correcto cumplimiento de las normas.

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios donde sus labores se encuentran reguladas en el estatuto preconstitucional del año 1971.

Este estatuto ha sido creado de una manera en la que se ha podido ajustar a su régimen jurídico.

Hoy en día, la regla básica del ya nombrado personal viene promulgada por la ley 55/ 2003 de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

2 Objetivos

Con este capítulo queremos conseguir como objetivo principal realizar un breve resumen de las principales labores que los celadores deben realizar, ya que son las que se localizan escritas en el artículo 14.2 del estatuto de personal no sanitario al servicio de las instalaciones sanitarias de la seguridad social.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos obtenido la información de las siguientes páginas webs: Scielo, Medline, Sescam.

Además hemos contrastado la información con el Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

Las palabras que mas se han utilizado en este capítulo han sido: Celador, Funciones, Hospital.

4 Resultados

En esta parte específica vamos a recopilar las labores en general que debe de realizar un celador sobre las instituciones sanitarias.

En lo que a los pacientes respecta, los celadores deben de realizar el transporte y ofrecer la ayuda básica a los mismos en las siguientes tesituras:

Efectuarán los ingresos desde el área de urgencias hasta la planta de hospitalización señalada.

También efectuarán los ingresos desde el área de admisión a la planta de hospitalización indicada, siempre con la carpeta del ingreso su mano.

Trasladarán a los enfermos ingresados desde el servicio donde se encuentren hasta su planta hospitalización.

Adaptarán a los enfermos en sillas, camillas, sillones...

Dirigirán a los enfermos para que estos puedan ir al baño.

Facilitarán la información de carácter general como por ejemplo: los horarios de las consultas médicas, las localizaciones de estas...

Proporcionarán sin tardanza las comunicaciones verbales, las historias clínicas, los documentos importantes, además de entregar a sus superiores los objetos privados.

Distribuirán las peticiones emitidas por los servicios de pruebas a las distintas áreas del hospital como por ejemplo: farmacia, laboratorio, banco de sangre...

Trasladarán el mobiliario que necesite el médico o las enfermeras o simplemente trasladarán también el mobiliario roto o defectuoso.

Efectuarán turnos de guardia cuando lo requieran y siempre dentro de los turnos que tengainstituidos.

Ejecutarán raramente alguna tarea de limpieza cuando se les ordene, o por qué el personal sanitario que lo ejecuta no sea el indicado, no respete o no estén conforme a la situación, también limpiarán los celadores cuando los objetos a mover pesen.

Custodiarán junto con el resto de personal sanitario que los pacientes hagan una utilización debida de los materiales y de las ropas que les brinda las instituciones sanitarias, intentando evitar dentro de lo posible el deterioro de los materiales y muebles del servicio de banco de sangre.

Actuarán de ascensoristas cuando se le estipule ese cometido especialmente en su sección o cuando su zona de trabajo lo requiera dado a las necesidades que este tenga.

Custodiarán las entradas del centro hospitalario y prohibirán el acceso a estas a las personas ajenas a estas dependencias, solo admitirán la entrada a personas autorizadas para acceder al edificio.

Cuidarán los comportamientos de los pacientes y de sus acompañantes, impidiendo así que los acompañantes puedan fumar dentro de las instalaciones hospitalarias o dentro de las habitaciones de hospitalización.

Vetarán la entrada de alimentos ajenos al centro hospitalario o aquellas acciones que perjudiquen seriamente a los enfermos o al orden de las instituciones sanitarias.

Impedirán la deambulaci3n de los pacientes por los pasillos del servicio, y en

caso de pérdida, los celadores auxiliarán a los pacientes para que estos puedan regresar a sus habitaciones.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo llegamos a la breve pero importante conclusión de que las funciones en general que tiene los celadores son una de las acciones más importantes de los centros hospitalarios, ya que gracias a sus variadas funciones pueden conseguir una organización mejor de los centros.

Por eso los celadores deben de tener una alta profesionalidad, ya que muchos enfermos no saben lo que está ocurriendo por qué se suelen encontrar desubicados. Tiene que ser unos profesionales amables, simpáticos, respetuosos y sobre todo muy comprensivos con las distintas circunstancias de cada enfermo y de cada acompañante, ya que no saben la situación por la que están pasando.

6 Bibliografía

UNIÓN DE CRÉDITOS INMOBILIARIOS. (s/f). Uci.com. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://uci.com/>

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/>

Portada - Cuidados 2.0. (s/f). Gva.es. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://cuidados20.san.gva.es/>

Capítulo 542

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO PARA LEVANTAR A UN PACIENTE DE LA CAMA AL SILLÓN

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario es aquella unidad donde son atendidos aquellos pacientes que por su estado clínico de salud o por sus dolencias requieren de una atención médico- sanitaria especializada llevada a cabo por profesionales sanitarios y no sanitarios especializados con en este tipo de pacientes.

Por norma general, los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en las unidades de cuidados intensivos son profesionales especializados en esta

área, para lo cual se forman de manera específica con un equipo multidisciplinar especializado en el área de unidad de cuidados intensivos, siendo necesaria dicha especialización para poder desarrollar su actividad profesional en las unidades de cuidados intensivos.

Con el personal subalterno esta característica de especialización no se cumple, puesto que no se forman académicamente ni reciben un período de prácticas necesario para trabajar en la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, es cierto que en estas unidades tan específicas suelen desarrollar su actividad laboral aquellos celadores más especializados en movilización y traslado de pacientes.

La actuación de los profesionales sanitarios y no sanitarios con el paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos deberá realizarse de forma conjunta y coordinada, estando prohibida cualquier actuación individualizada, puesto que puede provocar el empeoramiento del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las principales funciones desarrolladas por los celadores en la unidad de cuidados intensivos.
- Detallar los procedimientos utilizados para levantar a un paciente de la cama al sillón.
- Enumerar las técnicas que pueden ser utilizadas para realizar el procedimiento de levantar a un paciente desde la cama al sillón.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos son aquellos pacientes que requieren de una actuación individualizada y especializada que no puede recibir en las plantas de hospitalización, ya que demandan más actuaciones

qué requieren un largo periodo de tiempo para su ejecución y en una planta de hospitalización no podría ser posible debido a la gran demanda de pacientes.

En aquellos casos en los que los pacientes tienen una gran mejoría y pueden levantarse desde la cama hospitalaria al sillón, podrían realizarse las veces que el paciente requiera, puesto que tiene un equipo de enfermería, formado por un enfermero, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y un celador en exclusividad, hecho que en las plantas de hospitalización resulta inconcebible.

El equipo de enfermería determinará el procedimiento llevado a cabo para realizar la actividad de levantar al paciente desde la cama al sillón, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El estado clínico del paciente.
- La fuerza de la musculatura del paciente.
- La capacidad física del paciente para mantenerse de pie.
- El número de dispositivos que porta el paciente.

Por norma general, en las unidades de cuidados intensivos se levantan a los pacientes mediante tres técnicas posibles:

1. Con la utilización de un elevador hidráulico.

Este procedimiento es utilizado cuando el paciente no tiene fuerza ni para apoyar ni mantenerse de pie, además de ser pesado.

Procedimiento.

- Preparar el sillón y posicionarlo al lado de la cama, de manera paralela a esta.
- Colocar el arnés sobre la espalda del paciente.
- Colocar la grúa por debajo de la cama del paciente y sujetar el arnés a la grúa hidráulica.
- Tener en cuenta todos los dispositivos que porta el paciente y mantenerlos a la vista durante todo el procedimiento para evitar tirones.

2. Con la ayuda del paciente manteniéndose de pie.

Este procedimiento es utilizado cuando el paciente presenta una movilidad activa y puede ayudar durante todo el procedimiento.

3. A pulso directamente desde la cama al sillón.

Este procedimiento es utilizado cuando el paciente no puede mantenerse de pie para ir desde la cama al sillón, pero su peso y dimensión permite al técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al celador a realizar dicha acción a pulso, es decir, cogiendo al paciente y llevarlo desde la cama al sillón sí que apoye en el suelo.

Procedimiento.

- Sentar al paciente en la orilla de la cama.
- Preparar el sillón y posicionarlo al lado de la cama, de manera paralela a esta.

- Cada profesional cogerá al paciente con una mano por debajo de la pierna y la otra mano por debajo de la axila del paciente.
- Realizar una cuenta atrás y ejecutar la acción al mismo tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de cuidados intensivos. Procedimiento llevado a cabo para levantar a un paciente de la cama al sillón” nos demuestra las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales sanitarios y no sanitarios para levantar a un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos desde la cama al sillón. Cabe destacar que levantar a un paciente de la cama es una actividad diaria en la unidad de cuidados intensivos, sin embargo, al ser pacientes con diagnósticos tan delicados se debe tener en cuenta en todo momento el estado clínico del paciente y realizar la actividad de manera conjunta siguiendo las indicaciones del enfermero a cargo del paciente, puesto que cualquier actuación que se realice mal puede ser negativo para la mejoría del paciente.

6 Bibliografía

- Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCO. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 543

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

1 Introducción

Las consultas externas pueden ser también uno de los servicios, más complejos de los centros hospitalarios, ya que por aquí pasan muchos pacientes y cada uno con unas patologías diferentes.

Las zonas de consultas externas, son el área donde se practican las distintas revisiones médicas, además pasan, es el lugar donde pasan las consultas a los enfermos. No solo las consultas externas pasan revisiones médicas a los pacientes que se encuentran ingresados en ese centro hospitalario, sino que también pasan revisiones médicas a los pacientes ambulatorios, es decir, a los enfermos que se encuentran en sus hogares.

En las diferentes consultas externas, se pueden localizar diferentes especialidades, además de un diverso despliegue de personal sanitario, como pueden ser: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería. Además, también localizaremos

al personal no sanitario, es decir personal de gestión y servicio como lo son los celadores y en los mostradores los auxiliares administrativos.

Las consultas externas pueden ser diversas, dependiendo de la cantidad de especialidades que el centro hospitalario contenga. Podemos encontrarnos consultas externas de: otorrinolaringología, ginecología, traumatología, neurología, neumología, urología, alto riesgo, dermatología, además de muchas otras especialidades. En este trabajo se conocerán las funciones de los celadores en esta área.

2 Objetivos

Dar a conocer la labor de los celadores en las consultas externas.

3 Metodología

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

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.

A continuación se muestran cuáles son esas funciones tan específicas que deben efectuar de forma diaria en los centros hospitalarios.

- 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.
- 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.

- 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.
- Los celadores tienen que efectuar la recogida de los materiales que haya en el servicio de esterilización a demás 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

Gracias a las funciones que los celadores deben realizar diariamente en la zona de consultas externas, se puede decir que son una pieza fundamental en el correcto funcionamiento de estas. Son capaces de brindar apoyo a los enfermos y acompañantes, realizar las labores para que vayan de manera veloz y organizada, consiguiendo así un entorno de trabajo adecuado para todos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 544

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RAYOS X

MIGUEL ANGEL DE GRACIA MARTIN

JUAN MANUEL BARAJAS VAZQUEZ

JUAN PRUAÑO

NOELIA ESCALONILLA

RAFAEL DE LA TORRE BUENO

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 servicio de radiología es un área eficaz y a la vez eficiente, ya que por esta área deben de pasar todos los enfermos, ya sean con patologías bastante graves como patologías leves, porque a través de sus rayos, podemos comprobar si le sucede algo grave en el interior del cuerpo del paciente. Este trabajo va a ayudar a conocer, desde dentro, las labores que los celadores de este servicio deben de realizar.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las labores del celador en el 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre las funciones que realizan los celadores en radiología estarán:

- Transportarán a los enfermos en camas o camillas, desde sus habitaciones de hospitalización de las diferentes plantas, hasta la sala de rayos x que le pertenezca.
- Cooperarán junto con los técnicos de rayos a mover al paciente con la forma que los técnicos les ordenen para conseguir que la radiografía se vea lo mejor posible.

Cooperarán junto con el enfermo a desplazarse por las diferentes salas de rayos x en el caso de que le tengan que realizar alguna otra prueba especial.

- Trasladarán a los enfermos que se encuentren en el servicio de urgencias con la ayuda de un compañero celador hasta la sala de espera de los rayos x.
- Nombrarán a los enfermos que se encuentren en las salas de espera de las consultas y les indicarán hasta la sala de espera de rayos x.
- Los celadores, junto con los técnicos de rayos x, realizarán las radiografías portátiles, es decir, se trasladarán juntos hasta las habitaciones de los enfermos para realizarles las placas.
- Conducirán la máquina de rayos x portátiles hasta los servicios que el técnico de rayos x les señale.

Una vez acabada la prueba, los celadores tendrán la obligación de colocar y acomodar al paciente tal y como lo habían recogido del servicio donde se encontrase.

- Llamarán a los pacientes por orden de fecha y hora según lo tengan escrito en sus ordenadores.

La prueba del TAC, también pertenece al servicio de radiología, por lo tanto, serán los celadores de este servicio los encargados de ayudar a las enfermeras que se encuentren en ese turno, además de encargarse también del traslado de los enfermos.

Los celadores, junto con los técnicos de rayos, realizarán las movilizaciones de bloque, es decir, en caso de que llegue un herido de tráfico, este se deberá movilizar en bloque para cambiarlo de su cama o camilla hasta la camilla de rayos x, después de realizarle la prueba, será nuevamente trasladado de la misma forma y con el mismo personal.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este capítulo, se puede concluir 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 funcione 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.

6 Bibliografía

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

Capítulo 545

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

1 Introducción

La farmacia hospitalaria es uno de los servicios más demandados en los centros hospitalarios. Su función está regulada en el artículo 84 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Desde el servicio de farmacia hospitalaria se distribuye de manera segura y controlada mediante documentos oficiales, como pueden ser las recetas o impresos de dispensación, los medicamentos y demás productos farmacológicos, que necesitan tanto a los pacientes que están ingresados en el hospital como a los externos. Es un servicio de atención sanitaria en el cual se desarrollan funciones de diversa naturaleza como son: el almacenamiento, distribución y dispensación, y registro controlado de los medicamentos que hayan sido prescritos; también se

preparan y elaboran fórmulas magistrales, preparados citostáticos y/o de nutrición parenteral; se controla el suministro y stock de los botiquines de las unidades del centro hospitalario; se realizan funciones de farmacovigilancia, y además acciones de formación y de investigación científica.

El artículo 85 del Real Decreto Legislativo 1/2015, establece que el titular y principal responsable del servicio de farmacia hospitalaria ha de ser un farmacéutico especialista dicho servicio, este tendrá a su cargo personal sanitario como farmacéuticos, personal de enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería o personal no sanitario como administrativos y celadores. Los celadores han de conocer el funcionamiento del servicio contribuyendo a su finalidad.

2 Objetivos

- Exponer las funciones principales que desarrollada el celador en el ámbito de la farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de literatura científica existente. Se han consultado artículos en bases de datos como: Pubmed y Scielo, y seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas. Además, hemos realizado búsquedas en Google utilizando palabras clave como: farmacia hospitalaria y funciones del celador en el servicio de farmacia hospitalaria.

4 Resultados

En los hospitales, la farmacia es el servicio responsable de la dispensación y control de medicamentos y fármacos. El celador tiene un papel fundamental ya que colabora junto al resto de los profesionales que trabajan en ella, asegurando un servicio seguro y eficaz de distribución al resto de servicios del centro hospitalario. Entre las funciones asignadas al celador están:

- Recepción de mercancía: Recepcionará las mercancías de los proveedores externos, cotejando y controlando que sean los adecuados tanto en descripción como en cantidad con los albaranes de entrega, entregará la mercancía y albaranes al personal sanitario, el cual almacenará lo suministrado y derivará la documentación para el adecuado registro contable.

- Trasladará desde la farmacia hasta los controles de enfermería del servicio hospitalario de destino los carros provistos con cajetines identificados con el número de habitación y cama a medicación solicitada y prescrita de los pacientes.
 - Distribuirá otros productos farmacológicos como son citostáticos y nutriciones parenterales y enterales desde la farmacia hasta la unidad peticionaria, usando los contenedores específicos, realizando el control de la correcta cumplimentación de documentación de suministro y entrega, ya que estos productos requieren de un registro diferente debido a su composición y administración.
 - Almacenará y acondicionará productos como el alcohol y el suero fisiológico, realizando su distribución a los servicios hospitalarios, comprobando y controlando la documentación establecida de entrega del centro hospitalario.
 - Transportará los materiales y movimiento de bultos y cargas dentro del propio servicio de farmacia hospitalaria.
 - Colaborará en el control de stocks y de reposición de productos en el almacén, y verificando las fechas de caducidad y retirando aquellos que estén caducados.
 - Colaborará con el resto del personal en la elaboración periódica de inventario.
- Por lo general la distribución de fármacos y del resto de los productos farmacológicos a las unidades del hospital, se realiza una vez al día, normalmente por la mañana, en formatos monodosis para una dispensación individualizada de los medicamentos pautados a cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La farmacia hospitalaria es un servicio primordial e importante dentro de las diferentes áreas que conforman un centro hospitalario, ya que contribuye al mantenimiento y/o recuperación de la salud del paciente mediante la gestión y distribución de medicamentos y productos farmacológicos. El celador desarrolla diversas funciones en la farmacia hospitalaria. Dichas funciones son tareas fundamentales para el correcto funcionamiento de la unidad.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. Farmacia hospitalaria. Funciones del celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/farmacia-hospitalaria-funciones-celador/>
2. Investigación RS. Funciones que realiza el celador/a en la farmacia hospitalaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 5 de agosto

de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-que-realiza-el-celador-a-en-la-farmacia-hospitalaria/>

3. Ocronos R. Servicio de farmacia hospitalaria: Funciones del celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/farmacia-hospital-celador/>

Capítulo 546

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTACIÓN SANITARIA (ART. 14.2 ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS II.SS.)

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

1 Introducción

La información es un elemento esencial dentro del sector de la salud y en los centros hospitalarios, esta información es reflejada físicamente en la documentación. Así, toda la información importante del paciente es registrada, archivada y organizada digitalmente desde el archivo del centro hospitalario: tanto diagnósticos, tratamiento, envío de pruebas, medicación pautaada, prescripciones para la elaboración del diagnóstico, seguimiento del tratamiento, procedimientos realizados por el facultativo, pruebas de radiodiagnóstico, alergias, etc. La documentación

es primordial para garantizar la seguridad del enfermo y para la atención sanitaria adecuada. Toda esta documentación al estar digitalizada y registrada informáticamente sirve de ayuda a los diferentes facultativos y personal sanitario que atienden al paciente, estableciendo la correcta comunicación.

Además de la documentación clínica del paciente, también hay un gran flujo de documentos no clínicos dentro de los centros hospitalarios, con un determinado carácter administrativo y que son necesarios para la gestión, coordinación y organización del centro sanitario, necesarios para el buen funcionamiento del mismo, como facturas, contratos, petición de suministros, normativas, protocolos... El celador de las instituciones sanitarias es la persona que debe encargarse del transporte y almacenamiento de dicho material en colaboración con el resto de personal para una responsable y correcta gestión y organización de dicha documentación.

2 Objetivos

- Resaltar la relevancia del tratamiento de la documentación en los centros hospitalarios y sanitarios.
- Explicar las funciones de los celadores con el manejo y traslado de la diversa documentación.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación con una revisión bibliográfica sobre artículos científicos existentes, consultados en las principales bases de datos, como: Ocronos, Revista Médica y Scielo. Se han realizado búsquedas utilizando como palabras claves: documentación hospitalaria y funciones del celador con la documentación.

4 Resultados

La Orden de 5 de julio de 1971, dictada por el Ministerio de Trabajo del gobierno español, en la que se aprueba el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias indica en el artículo 14. 2 que es función del personal celador el traslado eficaz y adecuado de las comunicaciones verbales, correspondencia, documentos y otros que les indiquen sus superiores, además del

traslado de aparatajes y mobiliario entre los diferentes servicios del centro sanitario. Las funciones que debe desarrollar el celador en cuanto al traslado de comunicaciones y documentación son, entre otras:

- Transmitir las comunicaciones verbales, información, instrucciones, mensajes a compañeros, sus superiores, pacientes, familiares, visitas, usuarios, etc. Dicha información será dada por sus superiores o por personas autorizadas por ellos. La información deberá ser transmitida de manera clara, educada y completa. No debiendo nunca comentar sobre los diagnósticos, tratamientos y pronósticos de las enfermedades a pacientes ni a familiares, y si le preguntarán deberá derivar dichas consultas y dudas al facultativo adecuado.
- Trasladará el historial clínico del paciente y toda la documentación adjunta desde la planta o unidad en la que esté ingresado el paciente hasta la sala centralizada de archivo y documentación. El celador sólo consultará la información de la historia clínica del paciente cuando sea absolutamente relevante para el desempeño de su trabajo, guardando la debida confidencialidad de la misma.
- Trasladará documentos independientemente de su forma o tipo, libros, radiografías, fotocopias, peticiones de consulta, albaranes, solicitudes de soporte ambulatorio y cualquier otra documentación que le sea asignada llevándola al lugar que le indiquen.
- Como celadores también tendrán asignada la distribución a los departamentos adecuados del correo tanto externo como interno dentro de todo el recinto hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento adecuado de la documentación hospitalaria es esencial para el buen funcionamiento de los centros hospitalarios. Estos documentos pueden ser de índole clínica, con los datos, tratamientos, pruebas o diagnósticos de pacientes, o documentos administrativos de gestión y organización del centro sanitario. Los celadores son muy importantes respecto al traslado de documentación ya sea oral o escrita, debiendo responsabilizarse y asegurarse de que la información clínica o documentación asignada para que llegue a su destino. Siempre deberán mantener la confidencialidad de dicha comunicación, contribuyendo con su trabajo la garantía del correcto, eficaz y necesario uso de la información para una adecuada funcionalidad hospitalaria.

6 Bibliografía

1. De O, la que se aprueba J de 1971 p. O. MINISTERIO DE TRABAJO [Internet]. Boe.es. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>
2. Ocronos R. Funciones básicas del celador [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-basicas-del-celador/>
3. ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL [Internet]. Cig-saude.gal. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cig-saude.gal/files/novas/Lexislacion/Estatuto_Persoal_Non_Sanitario_das_Instituci%C3%B3ns_Sanitarias_da_Seguidade_Social_1971.pdf

Capítulo 547

FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN MORALEDA NUÑEZ-CACHO

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ GARCÍA

MARIA DEL CARMEN SANCHEZ MORALES

FRANCISCA LÓPEZ DÍAZ

RUBÉN RUIZ ESTEBAN

1 Introducción

Los centros hospitalarios para su correcto funcionamiento necesitan productos y materiales de diversa tipología, como: material sanitario, instrumental médico, de oficina, de limpieza, mobiliario, etc. El área organizativa y contenedora, de gestión de suministros y mercancías necesarias para el correcto funcionamiento de las distintas unidades y servicios del hospital en el almacén hospitalario.

En el almacén se reciben las diversas mercancías suministradas por los proveedores externos, realizando el control de calidad, el almacenamiento y se realiza la preparación de pedidos que demanden las diversas áreas hospitalarias, dando salida a los pedidos solicitados.

Un almacén debe cumplir su función con garantía y eficiencia. Ha de ser un espacio amplio, para poder maniobrar en él, debe estar dividido en diferentes zonas,

de control, recepción, salida de mercancía y estanterías de almacenaje. En cuanto a la eficiente organización del espacio de almacenaje, hay diferentes métodos organizativos, por ejemplo, asignar un lugar para cada producto, asignar un espacio dependiendo la familia a la que pertenece el material, o con la colocación de los productos más demandados en la zona más próxima al área de preparación de pedidos, todo ello debidamente identificado y con control de localización por códigos de barras y programas informáticos.

El equipo que trabaja en un almacén hospitalario, está formado por administrativos, supervisores, personal de limpieza y mantenimiento y celadores. La figura del celador almacenero está reconocida según el acuerdo del Consejo de ministros 26/06/1990 el cual modifica el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre.

2 Objetivos

- Explicar el objetivo y funcionalidad general de los almacenes sitos en los centros hospitalarios.
- Exponer las principales funciones del personal celador en el almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación consistente en la revisión bibliográfica sistemática de literatura científica existente, consultando diversos artículos de las principales bases de datos. También se han realizado búsquedas en Google y Google Académico utilizando como palabras claves: “celador en el almacén hospitalario” y/o “funciones del celador en el almacén”.

4 Resultados

El almacén del centro hospitalario es el área de recepción, almacenamiento, conservación y la expedición de los diversos materiales contenedores para proveer a los distintos servicios y unidades de un hospital. Dentro del personal no sanitario que presta su labor en él se encuentra la figura del celador que desarrolla diferentes funciones, entre las cuales están:

- Recepcionará la mercancía y pedidos suministrados una vez depositados en los muelles de carga, deberá comprobar que dicha mercancía se corresponda cualitativa y cuantitativamente con la descripción escrita en el albarán de entrega.

También tendrá que comprobar que llegue sin desperfectos, si observara alguna incidencia deberá dejar constancia de las mismas en el albarán.

- Se encargará del traslado de los materiales y bultos desde el muelle de descarga hasta la zona del almacén dónde colocará las mercancías en su correcta ubicación o estanterías, según el sistema organizativo establecido en el almacén.
- Llevará un registro con la información de entrada y salida diaria de materiales, informando al encargado del almacén.
- Preparará los pedidos solicitados por las diversas unidades, comprobando que los impresos de pedido, tengan los datos necesarios y estén debidamente cumplimentados y firmados por cada supervisor.
- Entregará los pedidos en sus correctos destinos, en los días y horarios que le digan, normalmente hay días asignados para la entrega según el tipo de mercancía.
- Colaborarán con el resto del personal en la realización de inventarios para controlar el stock.
- Realizará las labores de vigilancia en las entradas y salidas de la zona, no dejando entrar a personas no autorizadas, se encargará de la apertura y cierre de puertas. El celador del almacén ha de conocer de forma pormenorizada la organización del mismo, prestando atención a su debido orden para contribuir al efectivo funcionamiento de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

La principal función del almacén es asegurar el necesario abastecimiento de material a las distintas áreas de un hospital., se deberá llevar el debido control y registro de todas las entradas y salidas de material, gestionando la eficiente distribución tanto en su interior como en el suministro.

El celador de almacén, recepciona, revisa, prepara y reparte las mercancías, también tendrá que colocar los diferentes materiales en la correcta ubicación del almacén, colaborará en la gestión de los inventarios y control de existencias y stock. Deberá estar formado en lo referente a manipulación de cargas y prevención de riesgos laborales, tanto para su protección como para evitar riesgos y lesiones en los trabajadores del almacén.

6 Bibliografía

1. Online C, Perfil VT mi. Tema 26. El Celador en el Almacén. Suministros Hospitalarios [Internet]. Blogspot.com. [citado el 4 de agosto de 2023].

Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>

2. BOE-A-2012-809 Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad [Internet]. Boe.es. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-809>

3. Investigación RS. Función del celador en el almacén y gestión de suministros [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-del-celador-en-el-almacen-y-gestion-de-suministros/>

Capítulo 548

LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS. EL ANIMALARIO Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTE ÁMBITO

FRANCISCA DE TORO CUCHILLO

MARÍA AURORA LEÓN CASAS

1 Introducción

Según la Real Academia Española de la Lengua el animalario es aquella instalación donde se tienen los animales destinados a estudios de laboratorio.

En el ámbito hospitalario, el animalario o estabulario es un área dedicada al mantenimiento y cría de animales de experimentación, tales como ratas, ratones, conejos o cerdos, así como a la realización de procesos de experimentación y quirúrgicos con ellos.

Son muchos los avances científicos logrados gracias al uso de animales en los diferentes proyectos de investigación que se han llevado a cabo a lo largo de la historia. Con el fin de asegurar la dignidad de estos animales han surgido diferentes comités de ética de experimentación animal que pretenden:

- El reemplazo o sustitución de estos animales por métodos alternativos.
- Reducir su número hasta el menor posible.
- Procurar los mejores cuidados a aquellos que son necesarios utilizar.

En el presente capítulo se va a describir el trabajo que se lleva a cabo en estas instalaciones y cuáles son las funciones del celador en ellas. Por lo tanto, la finalidad de este trabajo será dar a conocer estas instalaciones hospitalarias y su importancia para el avance de la ciencia y la investigación, así como conocer las funciones del celador en este ámbito.

2 Objetivos

La intención de este capítulo es dar a conocer el trabajo que se realiza en el animalario hospitalario y saber cuáles son las funciones concretas del celador en esta instalación. Por lo tanto, los objetivos se pueden concretar en:

- Explicar el trabajo que se realiza en un animalario hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en esa área.
- Destacar la importancia de esta instalación en la investigación y estudio científico.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una labor de investigación consistente en revisar la bibliografía existente sobre literatura científica. Para ello se ha utilizado el buscador Google académico y, también se han consultado artículos en algunas bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

Las palabras clave que se han utilizado han sido “Animalario” y “Funciones celador”.

La lectura de estos documentos ha permitido concretar en este capítulo, de forma clara y sencilla, cuál es el trabajo que se lleva a cabo en estas instalaciones y cuál es la función del celador sanitario en ellas.

4 Resultados

La experimentación e investigación con animales forma parte de la investigación clínica quirúrgica y su objetivo es resolver los problemas que se plantean en la clínica humana. Por ello, el servicio de animalario se dedica a la cría de animales de experimentación y a la realización de procedimientos de investigación y quirúrgicos experimentales con ellos.

La utilización de animales en proyectos científicos y docencia solo podrá tener lugar cuando se persigan los siguientes fines: a) La investigación científica en la prevención de enfermedades, alteraciones de la salud y otras anomalías. Su diagnóstico y tratamiento en seres humanos, animales o plantas y la elaboración de productos farmacéuticos y alimenticios realizando pruebas que verifiquen su calidad, eficacia y seguridad. b) La valoración, detección, regulación o modificación de las condiciones fisiológicas en humanos, animales o plantas. c) La protección del medio ambiente para garantizar la salud y bienestar de hombres y animales

y, el mantenimiento de la biodiversidad. d) La educación y formación científica. e) La investigación médico-legal.

Sin embargo, la utilización de animales para experimentar plantea problemas éticos que son necesarios solucionar. Para ello se redactaron una serie de principios éticos sobre animales de laboratorio en el Simposio Internacional celebrado en Lyon en 1979. Estos principios hacen referencia a la necesidad que tiene el hombre de utilizar a los animales, pero siempre desde el respeto y, a la responsabilidad del experimentador. Por lo tanto, la finalidad de estas instalaciones es asegurar los cuidados necesarios y la protección de los animales, evitando el sufrimiento o dolor innecesario.

Llegado este punto, es oportuno recordar que el celador no tiene asignadas funciones sanitarias, ya que se encuentra englobado en el grupo de personal estatutario de gestión y servicios. El celador se rige por las funciones que se describen en la Orden de 5 de julio de 1971 y la función número 21 hace referencia a su papel en el animalario hospitalario. Esta función viene a decir que los celadores tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios. Que los cuidarán, alimentarán y asearán tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después y, siempre bajo las indicaciones de los médicos, supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

En definitiva, se puede decir que las funciones del celador se reducen a satisfacer las necesidades básicas de los animales: cuidados, alimentación y limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Los animales de laboratorio pueden y deben ser utilizados en beneficio de la ciencia y la salud pública, ya que la experimentación con animales ha contribuido enormemente al progreso de la ciencia quirúrgica al permitir la docencia, la investigación y el ensayo de nuevas técnicas e ideas y su utilización siempre se regirá por principios éticos evitando su uso indiscriminado combinado con técnicas alternativas y respetando siempre la dignidad del animal utilizado.

El celador debe conocer cuáles son sus funciones en relación a este aspecto. Para ello será necesario tener presente la citada Orden de 5 de julio de 1971.

6 Bibliografía

1. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo. [Internet] [citado 1 sep. 23] Disponible en: <https://hnparaplegicos.sanidad.castillalamancha.es/es/profesionales/investigación>

2. Centro de Biología Molecular Severo Ochoa. [Internet] [citado 5 sep. 23] Disponible en: cbm.uam.es/es/investigación/comite-de-etica-de-experimentacion-animal
3. Temario Celadores [Internet] [citado 5 sep. 23] Disponible en: cgt-sanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema¬_7.pdf
4. 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.

Capítulo 549

LAS SALAS DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES DE LOS CENTROS SANITARIOS: FUNCIONES DE LOS CELADOR EN DICHAS SALAS

NURIA GARCÍA GARRIDO

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Se pueden definir las salas de transferencias de las instituciones sanitarias como aquellas salas donde son transferidos los pacientes desde una camilla, cama, silla de ruedas externas al centro sanitario y pertenecientes al servicio de ambulancias, a otro medio de traslado de la propia institución sanitaria.

Los centros hospitalarios de reciente creación disponen de salas de transferencias de pacientes, en las cuales son transferidos los pacientes. La transferencia puede realizarse mediante dos modalidades:

- Modalidad A.

El paciente acude a la institución sanitaria a través del servicio de ambulancias, ya sea al servicio de urgencias o a las consultas externas del centro hospitalario, y es

necesario la transferencia del paciente desde la camilla del servicio de ambulancia a la camilla de la institución.

- Modalidad B.

El paciente acude a una unidad dentro del centro hospitalario desde otra unidad de dicho centro. Por lo que es necesario hacer la transferencia del paciente al requerir camas específicas en dichas unidades de destino.

En aquellos centros sanitarios de anterior creación donde no existen salas de transferencia de pacientes, se realizará dicha transferencia en el pasillo de entrada a la unidad de destino, o en el interior de la propia unidad para garantizar el honor y la intimidad del paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones desarrolladas por los celadores en las distintas salas de transferencia existentes en el centro hospitalario.
- Enumerar las salas de transferencia de pacientes en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado con anterioridad, en los centros sanitarios de nueva creación existen una multitud de salas de transferencias; dichas salas han sido creadas teniendo en cuenta el lugar de origen del paciente dentro de la propia institución. Es por ello, que existen una variedad de salas de transferencias.

Salas de transferencias existentes en un centro hospitalario.

- En el servicio de urgencias.
- Sala anexa al hall de entrada del centro hospitalario.
- En la unidad de cuidados intensivos.
- En el bloque quirúrgico.
- En las plantas de hospitalización.

Funciones llevadas a cabo por los celadores en cada una de estas salas de transferencia.

- En el servicio de urgencias.

- Recibir al paciente que ha pasado por la unidad de triaje y ha determinado su ubicación dentro del servicio de urgencias. Estos pacientes acuden desde el servicio del 112 del servicio ambulancias.

- Preparar la camilla a la cual va a ser trasferido el paciente, para ello se colocará la camilla en plano paralelo al suelo y se disponga de manera paralela a la camilla de la ambulancia.

- Para realizar la transferencia será utilizado un medio auxiliar conocido como transfer.

- El celador trasladará al paciente desde la sala de transferencia hasta su lugar de destino.

- Sala anexa al hall de entrada del centro hospitalario.

Al igual que ocurre en la sala de transferencias del servicio de urgencias, el celador:

- Preparará la camilla de la sala de transferencia.

- Se utilizará un transfer para realizar la transferencia de manera segura.

- El celador trasladará al paciente desde la sala de transferencia hasta su lugar de destino.

- En la unidad de cuidados intensivos.

La unidad de cuidados intensivos es un servicio especializado al cual se encuentra restringido su acceso, es por ello por lo que los ingresos realizados en esta unidad serán transferidos en una sala anexa a la entrada de la unidad.

- El celador preparará la cama hospitalaria donde va a ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

- Se utilizará un transfer para realizar la transferencia de manera segura.

- El celador trasladará al paciente desde la sala de transferencia hasta la ubicación asignada.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado nos demuestra la relevancia de las funciones de los celadores en las salas de transferencia de las instituciones sanitarias.

Hay que destacar la importancia de la existencia de estas salas en todas las instituciones sanitarias, puesto que la transferencia de los pacientes en dichas salas garantiza su intimidad, a la vez de que se suprime toda actuación de cotilleo por

parte del resto de pacientes, usuarios y familiares que se encuentran en el centro sanitario. Es por ello, por lo que las instituciones sanitarias deben hacer un esfuerzo y crear este tipo de salas en sus centros sanitarios

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 ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 550

SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LA ACTUACIÓN DEL CELADOR

VICENTE GARCIA MARTÍNEZ

VICENTE GARCÍA GARRIDO

CRISTIAN DEVARSI DE LA OSSA

VISITACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

NURIA GARCÍA GARRIDO

1 Introducción

En el ámbito sanitario se entiende como SUAP a los servicios de urgencias de atención primaria, es decir, las urgencias llevadas a cabo en los centros de atención primaria.

Al encontrarse estos servicios de urgencias en centros de atención primaria, las urgencias atendidas son de menor índole, derivando las urgencias de mayor gravedad a los servicios de urgencias de atención especializada, es decir, a los servicios de urgencias hospitalarias.

Del mismo modo, al ser atendidas urgencias de poca gravedad, los servicios son más reducidos, así como el personal sanitario y no sanitario que intervienen en estos servicios de urgencias. Por norma general, aunque dependerá del número de urgencias atendidas durante los turnos, el servicio de urgencias de atención

primaria dispondrá de dos equipos formados por un médico, un enfermero y un celador, el cual será el encargado de coger los datos del paciente y hacer un pequeño triaje para derivar al paciente a la consulta médica o a la consulta de enfermería.

Los equipos de urgencias de atención primaria llevarán a cabo su asistencia médica a través de dos modalidades:

- Modalidad A. Atención médica en la unidad de urgencias del centro de salud.
- Modalidad B. Atención médica en el domicilio del paciente que requiere de una actuación médica.

2 Objetivos

- Dar a conocer las diferentes modalidades de atención médica en las urgencias de atención primaria.
- Detallar las diferencias de las urgencias de atención primaria con las urgencias de atención especializada.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores en los servicios de urgencias de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores formarán parte del equipo profesional que interviene en el servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), siendo un eslabón más de la cadena asistencial de este servicio.

Los celadores asignados a los servicios de urgencias de atención primaria deberán realizar sus funciones durante 17 horas seguidas los días de lunes a viernes, y durante 24 horas los fines de semana y días festivos, puestos que es un servicio de atención continuada que se lleva a cabo de 15h a 8h de lunes a viernes, y de 8h a 8h del día siguiente los fines de semana y días festivos.

Las funciones del celador desarrolladas durante su jornada laboral son las siguientes:

- El primer lugar, recibirá al paciente que acude al servicio de urgencias, y pidiéndole su tarjeta sanitaria o documento de identificación en caso de no llevar la tarjeta sanitaria, tomará los datos personales del paciente y realizará un pequeño triaje para derivar al paciente a la consulta médica o a la consulta de enfermería.
- El triaje consistirá en la realización de una serie de preguntas rutinarias:
 - ¿Qué le pasa?.
 - ¿Tiene fiebre?.
 - ¿Ha vomitado?.
 - ¿Tiene tos?.

Desde el inicio de la pandemia por la covid-19 se llevan a cabo las últimas tres preguntas para determinar la posibilidad de tener la enfermedad. En caso de ser afirmativas las respuestas, el celador llamará al equipo de enfermería para que le realice un test de antígenos.

- Trasladar a los pacientes que acuden al centro en silla de ruedas, o que debido a sus molestias necesitan una para desplazarse por el servicio de urgencias, hasta las diferentes consultas.
- Auxiliar al equipo médico durante las exploraciones de los pacientes.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante las curas de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico nos demuestra la importancia de las funciones desarrolladas por los celadores en los servicios de urgencias de atención primaria.

Es importante destacar, que la función principal desarrollada por los celadores no es propia de la categoría del personal subalterno, puesto que la de tomar los datos personales del paciente corresponden a los auxiliares administrativos y la de realizar un triaje para derivarlo a una consulta a otra corresponde al equipo de enfermería. Es por ello, por lo que las instituciones sanitarias deberán modificar o bien las funciones de los celadores, o bien las categorías profesionales que intervienen en los SUAP.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.

2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. 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 551

EL MECÁNICO DEL HOSPITAL Y EL ARREGLO DE CAMAS ARTICULADAS COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

1 Introducción

Las camas de hospital ajustables brindan la mayor cantidad de opciones de personalización, especialmente para aquellos que pasan mucho tiempo en la cama, como los ancianos o las personas con movilidad limitada. Aumentan significativamente la comodidad del usuario para dormir y para actividades regulares como comer o mirar televisión. Además, simplifica la vida de los cuidadores porque pueden ajustar la altura con menos esfuerzo físico. No se recomienda el uso de un colchón de 15 CM de espesor debido a que la cama aún sería más alta de lo previsto.

Las camas geriátricas están conectadas a una carretilla elevadora eléctrica con altura regulable y motor silencioso. Se puede iniciar con un control remoto y se incorpora una batería de respaldo para cortes de energía.

Sin embargo, también puede producirse una rotura como consecuencia de un defecto de fabricación o incluso por un uso inadecuado por parte del usuario, que podría dañar un mecanismo. Esto se suma a las averías eléctricas en la cama. Cuatro planos de articulación distintos están presentes en los lechos.

-Plano superior: Incline la cabeza y el tronco; es el que se siente más sustancial porque soporta más peso. Puedes levantarlo para que puedas sentarte a ver la televisión, leer o comer.

-Plano lumbar: Este plano es fijo y reforzado con doble laminación y reguladores de firmeza adicionales. El grado de separación del regulador se correlaciona con un aumento de la firmeza.

-Plano inferior: Está separado en dos secciones, una para cambiar la posición de la cadera a la rodilla y otra para subir o bajar la rodilla a los pies con el fin de cambiar de posición y mejorar la circulación sanguínea.

2 Objetivos

Conocer cómo es una cama articulada y su arreglo por el mecánico 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

Un servicio de reparación de camas hospitalarias articuladas incluye lo siguiente: Los somieres y las camas de hospital, entre otras camas ajustables, son propensos a sufrir daños. El motor es donde normalmente fallan, pero también pueden ocurrir problemas de cableado.

Por lo general, se llama a los mecánicos del hospital para solucionar problemas de cableado o conexión, pero también pueden hacer ajustes en las camas ajustables.

Aunque suele ser extremadamente raro, el control puede fallar ocasionalmente. La última avería frecuente de una cama articulada es la avería del motor. Por lo general, es más sencillo reemplazarlo que repararlo porque no cuesta mucho.

Los principales problemas que el mecánico debe resolver son:

1. Mal funcionamiento del enlace: por lo general, este tipo de problema surge de un problema con el motor u otro hardware que activa el enlace. Habitualmente, estos fallos impiden o incluso anulan la correcta articulación de la cama en uno de los lados.

2. Siempre debe probar primero las soluciones más sencillas cuando se descompone un motor. Por ejemplo, supongamos que el colchón eléctrico deja de funcionar de repente.

-Apague el enchufe.

-Verificar donde se encuentran los conectores del motor.

3. Si la cama ajustable está bloqueada, debe cumplir con estas pautas.

Si el fallo se produjo mientras el paciente estaba tumbado, debemos reubicar al paciente antes de administrar el tratamiento.

Es necesario sacar el motor del somier para poder descargar los planos. Las cubiertas que mantienen el motor unido a la cama deben retirarse si hay dos actuadores. Presionamos después de apagar el motor. Debido a que los aviones caerán repentinamente una vez que se retire el motor, se requiere extrema precaución.

-Si se ha subido la base de la cama, para bajarla será necesario quitar el motor eléctrico del montacargas. Esto debe hacerse con mucho cuidado porque la extracción del motor hace que el automóvil se caiga repentinamente.

5 Discusión-Conclusión

Las camas de hospital se fabrican pensando en la comodidad del paciente y del cuidador. Permiten al paciente adaptarse para aliviar el dolor, agacharse para comer y mejorar la circulación sanguínea en las piernas. Además, al brindar algo de apoyo, estas camas pueden ayudar a los pacientes con movilidad limitada a ponerse de pie o evitar caídas dolorosas.

En conclusión, el mecánico del hospital debe conocer los problemas más comunes con las camas articuladas, que pueden ir desde fallas en el motor hasta problemas en las articulaciones o incluso problemas más básicos como una barrera suelta o una rueda atascada.

6 Bibliografía

1. <https://gerialife.es/collections/camas-hospitalarias>.

Capítulo 552

EL MECÁNICO Y EL MANTENIMIENTO DE UN CAUDALÍMETRO DE OXÍGENO EN LAS PLANTAS DE UN HOSPITAL

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

RAFAEL LARA BARBERÁ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

1 Introducción

El consumo de oxígeno hospitalario ha aumentado significativamente como consecuencia de la crisis sanitaria del COVID-19. Entre otros usos, el oxígeno se administra a los pacientes a través de respiradores que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos (UCI) o salas como gas médico para ayudar a salvar vidas. Para asegurarse de que el oxígeno llegue a todas las áreas donde es necesario, muchos hospitales han tenido que ampliar sus espacios y gestionar el consumo de oxígeno. Los hospitales ahora otorgan un gran valor a la medición del flujo de oxígeno.

En todos los niveles de las redes integradas de servicios de salud, se utiliza oxígeno para brindar atención al paciente. Está incluido en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Los caudalímetros no invasivos permiten regular el consumo de oxígeno en los distintos servicios del hospital, garantizando caudales adecuados y ayudando en la gestión de las reservas de oxígeno. Normalmente, la presión se mide para controlar el nivel de oxígeno, pero no se recopilan suficientes datos.

La calibración de los caudalímetros garantiza que funcionen a un nivel de presión determinado. El dispositivo liberará mucho más gas de lo que se indica en el dispositivo, como en el rango de 0 a 15 litros/minuto, si la presión de suministro es superior a este valor.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es conocer cuántas partes tiene un caudalímetro, el mantenimiento de este, así como su reparación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 calibración de los caudalímetros en hospitales depende de un valor de presión específico. El dispositivo liberará mucho más gas del indicado si la presión de suministro es superior a esta cantidad, como en el rango de 0 a 15 litros/minuto. Es mejor utilizar caudalímetros equipados con válvulas reguladoras que permitan ajustar la presión de salida al valor aconsejado por el aparato. Llame al personal de mantenimiento; un mecánico deberá ir a arreglarlo si la presión de la red es mayor que el valor de calibración del medidor de flujo.

Para asegurar el mejor uso de este recurso de tecnología médica, los profesionales deben informar de las fugas, por pequeñas que sean, ante cualquier defecto en la toma de oxígeno. Para asegurarse de que no haya fugas innecesarias, también

es fundamental comprobar las conexiones de los equipos y las tomas de oxígeno que se utilizan a diario en los pacientes.

Todos los días, el mecánico del hospital debe revisar las conexiones de los equipos y las tomas de oxígeno que utilizan los pacientes para asegurarse de que no haya fugas innecesarias.

Se requieren bajas presiones de operación para los equipos actuales. La tecnología ha avanzado significativamente y dispositivos como flujómetros, ventiladores pulmonares y máquinas de anestesia ya no necesitan presiones altas. Cuando la presión es suficiente, puede que no sea necesario utilizar reguladores caudalímetros específicos, aunque funcionan bien en redes con presiones más altas. Además, hay menos conexiones y puntos de fuga adicionales. Otras opciones incluyen el uso de dos niveles de presión en la red: uno más alto y otro apropiado para los dispositivos que se conectarán a ella.

La calibración de los caudalímetros garantiza que funcionen a un nivel de presión determinado.

5 Discusión-Conclusión

Los medidores de flujo de oxígeno o reguladores de presión son máquinas que reducen la presión desde la fuente de oxígeno hasta su suministro, al mismo tiempo que controlan el flujo de oxígeno entregado al paciente. Los caudalímetros pueden estar hechos de metal, vidrio, epoxi, acero al carbono, fundición de hierro, acero inoxidable, PVC, acrílico y otros materiales.

En resumen, un mecánico del hospital está a cargo de realizar algunas revisiones de rutina y asegurarse de que el medidor de flujo de oxígeno funcione correctamente. Cuando alguno se estropea, también se encarga de ir a reponerlo y transportarlo al taller para su reparación.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.

Capítulo 553

LA IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO POR LOS MECÁNICOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

RAFAEL LARA BARBERÁ

JUAN ALBERTO TOLEDO BLÁZQUEZ

ALFREDO ESTEBAN FERNANDEZ

CÉSAR JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ANGEL MANUEL MARTÍN-GIL PRADO

1 Introducción

Se debe cuidar a los trabajadores para que el lugar de trabajo funcione sin problemas. Para planificar y programar adecuadamente el mantenimiento de los sistemas electromecánicos y de la infraestructura hospitalaria, la tendencia actual de mantenimiento se basa en la atención médica preventiva y predictiva.

Las operaciones regulares necesitan recursos, tiempo y logística para garantizar la calidad de los servicios; por esta razón, en este esfuerzo participan tanto actores internos como externos. Incluso antes de que se planteara el proyecto, la necesidad de mantenimiento de un edificio hospitalario era evidente.

Para completar el mantenimiento futuro sin problemas y dentro del tiempo asignado, se deben desarrollar metodologías durante las primeras etapas de planificación.

Esta es la mejor manera de hacerlo si queremos evitar que los hospitales empeoren. una técnica empleada para evitar que el sitio web pierda usabilidad y funcionalidad. Normalmente lo llevan a cabo especialistas en mantenimiento como mecánicos, fontaneros, pintores y obreros.

Los edificios de los hospitales normalmente sólo se mantienen cuando es absolutamente necesario. Puede haber problemas que este enfoque de mantenimiento no siempre puede solucionar. La gente considera que un hospital es un destino. Para mantener las cosas correctamente se necesitan diversos recursos materiales, instalaciones y herramientas para realizar pruebas, encuestas, mediciones, análisis y evaluaciones.

2 Objetivos

Expresar y describir las diversas formas de mantenimiento técnico presentes en los centros hospitalarios y las tareas de los trabajadores de mantenimiento como los 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

Un hospital se puede mantener en funcionamiento mediante una variedad de estrategias operativas.

La exigencia de que una entidad interna se encargue de delinear los pasos necesarios para conservar y mantener en buen estado las instalaciones, maquinaria, equipos, espacios y estructuras hospitalarias es uno de los componentes más importantes.

La siguiente lista incluye las principales subcategorías de mantenimiento.

1-Mantenimiento preventivo: Este tipo de mantenimiento se basa en la planificación de numerosas tareas que se encargan de cuidar la infraestructura y equipamiento del hospital. comportamiento médico que sea apropiado. El objetivo principal de este tipo de mantenimiento es mantener los equipos médicos funcionando de la manera más eficiente que se pueda y sin averías.

2. Mantenimiento correctivo: Esta categoría de mantenimiento se encarga de registrar tanto las fallas que se han descubierto en la infraestructura física del hospital como el desgaste general que se ha producido. Estas averías pueden haber sido causadas por una variedad de factores desconocidos. Exactamente a tiempo.

3-Objetivo del mantenimiento hospitalario: El principal objetivo que se busca con el mantenimiento hospitalario es brindar una atención de calidad y seguridad a los usuarios, teniendo en cuenta estos aspectos:

- Aspecto técnico que permite el mantenimiento de la infraestructura, el funcionamiento de los equipos y las instalaciones hospitalarias que sean adecuados.

- Un factor económico que permite alcanzar el objetivo principal del mantenimiento. La principal ventaja de esta característica es el potencial de reducción de los costos y los gastos.

- Componente social: Hay que preocuparse por ello porque los pacientes pueden experimentar un mal funcionamiento técnico. La interacción social está presente. Si hay algún indicio de que un hospital necesita mantenimiento, es obvio, arriesgando la vida y la enfermedad física.

5 Discusión-Conclusión

Para alcanzar la meta también es necesario un mantenimiento hospitalario adecuado, que requiere recursos humanos, materiales y financieros.

Los recursos humanos son necesarios para poder contar con personal altamente calificado encargado de realizar un adecuado mantenimiento en el hospital.

Para mantener las cosas correctamente se necesitan diversos recursos materiales, instalaciones y herramientas para realizar pruebas, encuestas, mediciones, análisis y evaluaciones.

El intervalo de mantenimiento recomendado por el fabricante, la vida útil del dispositivo médico y los indicadores que el técnico de mantenimiento considera esenciales son sólo algunos de los muchos factores.

Los edificios de los hospitales normalmente sólo se mantienen cuando es absolutamente necesario. Puede haber problemas que este enfoque de mantenimiento no siempre puede solucionar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 554

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA EN CENTROS HOSPITALARIOS

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

1 Introducción

Los pacientes, los visitantes y el personal médico son de suma importancia en los hospitales, al igual que su seguridad y bienestar.

Los celadores son cruciales para los procesos de vigilancia que garantizan un entorno seguro, ya que están atentos a actividades sospechosas y se aseguran de que se sigan las reglas, todo lo cual contribuye a un ambiente seguro y organizado en el hospital.

Las funciones de vigilancia del celador incluyen vigilar las áreas comunes, reducir riesgos, detectar emergencias y trabajar con el personal de seguridad. Estas funciones contribuyen al mantenimiento de un entorno hospitalario seguro y ordenado, facilitando la atención médica y fomentando la comodidad del paciente y su familia.

Este estudio examinará cómo los celadores del hospital realizan la vigilancia. Se examinará cuánta responsabilidad tienen para supervisar y controlar procesos y operaciones importantes, así como cuán crucial es que permanezcan presentes y presten mucha atención para garantizar que todos los que trabajan en el entorno hospitalario estén seguros y saludables.

Para garantizar un seguimiento eficaz y una respuesta adecuada en situaciones de emergencia, también se discutirá la cooperación del portero con otros miembros del equipo sanitario, incluidos enfermeros, médicos y personal de seguridad. Para mejorar la seguridad y el nivel de atención en el entorno hospitalario, es fundamental que los enfermeros y otros profesionales se comuniquen y trabajen juntos.

2 Objetivos

- Determinar los deberes y responsabilidades del celador en un entorno hospitalario con respecto a la vigilancia.

3 Metodología

Para realizar este estudio se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de trabajos académicos sobre el tema y en la literatura científica existente. Además de revistas y libros especializados en el tema, también se consultaron bases de datos médicas como Scielo y PubMed.

4 Resultados

En entornos hospitalarios, el trabajo del celador implica una serie de responsabilidades de vigilancia que son esenciales para mantener la seguridad y el bienestar de los pacientes, el personal y las instalaciones. Esto comprende supervisión y control de acceso, observación de áreas restringidas e identificación de circunstancias potencialmente peligrosas.

Los resultados del examen de las funciones de vigilancia de los celadores en los hospitales se resumen a continuación:

- Monitoreo de la seguridad del entorno:

El celador realiza rondas de rutina para detectar e informar cualquier problema que pueda poner en peligro el bienestar de los pacientes y el personal. Esto implica ubicar lugares donde pueda haber riesgo de caída, obstáculos en escaleras

y pasillos, iluminación deficiente y equipos o sistemas rotos.

- Controlar el acceso y vigilar la actividad en áreas restringidas:

El celador es el encargado de hacer cumplir las restricciones de acceso en los quirófanos, unidades de cuidados intensivos y áreas de almacenamiento de medicamentos del hospital. Además, es responsable de garantizar que el personal autorizado sea quien dice ser y de hacer cumplir los procedimientos de seguridad que se han implementado.

- Vigilancia del traslado de pacientes:

Ya sea que un paciente sea trasladado en camilla, silla de ruedas o a pie, el asistente es esencial para el proceso. Durante el transporte, se asegura de que los pacientes estén seguros y cómodos para evitar accidentes o resbalones y caídas.

- Seguimiento de mala higiene e incumplimiento de protocolos:

El celador vigila y reporta cualquier incumplimiento de las normas relativas al lavado de manos, uso de equipos de protección personal y limpieza y desinfección de las instalaciones, manteniendo un ambiente limpio y seguro.

- El control de la integridad de las instalaciones:

Implica que el celador detecte y notifique cualquier deterioro o problema en la infraestructura, el mobiliario o el equipamiento del edificio. Esto incluye problemas como luces rotas, puertas que se cierran incorrectamente y equipos médicos que no funcionan correctamente. El seguimiento activo por parte de los celadores contribuye al mantenimiento de un lugar de trabajo seguro y productivo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que las funciones de los celadores son cruciales para la seguridad y el bienestar de los pacientes, visitas y personal de los hospitales. La presencia y atención continua del celador ayudan a promover la seguridad y prevenir incidentes. Las tareas específicas de vigilancia que realiza el celador en los hospitales se examinarán detalladamente en los apartados siguientes.

Para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, visitantes y personal médico, el papel del celador en la vigilancia hospitalaria es crucial. Todo este proyecto ha sido un análisis de las distintas funciones de vigilancia del celador y su importancia en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. Martínez, A. M., & Rodríguez, S. M. (2016). El papel del celador en la función de vigilancia en los centros hospitalarios. *Enfermería Global*, 15(4), 569-577.
2. www.revistamedica.com.

Capítulo 555

EL CELADOR Y EL TRASLADO DEL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CAMA O CAMILLA

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

NIEVES HENARES ROSA

MERCEDES GARCIA HIDALGO RAMIREZ DEL POZO

1 Introducción

El celador que presta sus servicios en un hospital, es el encargado del traslado de los pacientes, de unas salas a otras, de unas plantas a otras y de unos servicios hospitalarios a otros.

Aunque creamos que da igual la forma de trasladar del paciente en silla de ruedas, cama o camilla, tanto de la ambulancia al hospital, como en traslados intrahospitalarios, hay una forma concreta en la que debe hacerse, para evitar accidentes, golpes y para facilitar el traslado tanto al trabajador como al paciente, sin sobresaltos.

El celador debe hacerlo con una postura corporal correcta para evitar accidentes ergonómicos, también.

En los hospitales, es habitual utilizar los ascensores, muchos pasillos cuentan con puertas abatibles, tanto automáticas como manuales y en las entradas de la calle al hospital, suele haber rampas para salvar los escalones y que el traslado sea más cómodo para el paciente y para el trabajador.

El celador debe ser conocedor de la forma de realizar los traslados, y es responsabilidad de las gerencias y de los superiores de estos trabajadores, los que deben formarles.

Es común a todos los hospitales, la forma de trasladar a los pacientes y a continuación, en el campo de Resultados, lo vamos a explicar.

2 Objetivos

Explicar las formas de traslado de los pacientes, tanto en silla de ruedas, como en cama o en camillas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador hospitalario debe trasladar a pacientes a lo largo de su jornada. Algunos pacientes se mueven por su propio pie, pero otros, lo hacen bien en sillas de ruedas proporcionadas por el hospital al acceder al centro, bien en camillas si acude en ambulancia, o en cama, si es un paciente ingresado en el propio hospital. El celador que traslada una cama, debe empujar de la parte del cabecero, para que la zona de los pies del paciente, sea la que abra camino, por decirlo así.

Puede ocurrir, que el paciente vaya conectado a aparataje hospitalario o asistido por él, entonces en ese caso, el celador empujará la cama por la parte de los pies del paciente y así, los sanitarios, pueden ir vigilando y controlando los aparatos y manipularlos sin obstáculos.

Si el paciente necesita transporte en silla de ruedas, el celador empujará la misma asiendo las empuñaduras.

En caso de pendientes, rampas, etc., en el caso de la silla, en la subida, el celador empujará de la forma normal, por las mencionadas empuñaduras. En cuanto a la cama, subirá al paciente empujando desde los pies y con la parte de cabecero abriendo paso.

En caso de bajadas, el celador lo hará de espaldas a la pendiente, es decir, será el primero en bajar, frenando la silla de ruedas para evitar accidentes y con el paciente mirando hacia la parte alta de la pendiente. En el caso de la bajada con cama o camilla, el celador irá también de espaldas, asiendo del piecero de la cama y con el paciente mirando hacia la parte baja de la rampa.

El procedimiento para la entrada a los ascensores será el siguiente: entrará primero el celador, tirando de la silla de ruedas por las empuñaduras. En caso de cama o camilla, el celador también entrará el primero, tirando del cabecero, siendo la parte de los pies de los pacientes, la última en entrar.

Para la salida del ascensor se actuará de la siguiente manera: el celador, empujará la silla, saliendo él mismo y el paciente hacia delante.

En caso de cama o camilla, el celador empujará del cabecero, siendo el último en salir y los pies del paciente lo primero.

En el caso de puertas abatibles, el celador las cruzará de espaldas de tal forma que las puertas no golpeen ni la silla ni la cama o la camilla.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el celador sepa la técnica del traslado del paciente para evitar golpes, sobresaltos y para que los sanitarios, en caso de paciente grave conectado a aparataje, puedan ir manipulando y controlando el mismo.

El paciente puede necesitar silla de ruedas en su traslado, llegar en una ambulancia en camilla o, en el caso de traslados dentro del hospital de personas ingresadas, estas lo harán en las camas que ocupan en sus propias habitaciones.

Las gerencias, deben formar a los trabajadores en estos quehaceres, ya que el traslado incorrecto de los mismos, puede provocar un accidente o una lesión para el trabajador.

6 Bibliografía

<http://todoslostestdecelador.com>.

Temario del celador, pdf. Servicio cántabro de salud. 2018.

http://www.auxiliarenfermeria.com/esquemas/esquema_traslados.htm

”Transporte del paciente mediante silla de ruedas, cama o camilla”

Capítulo 556

EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL

SALVADOR PALAZON VALCARCEL

MERCEDES GARCIA HIDALGO RAMIREZ DEL POZO

NIEVES HENARES ROSA

1 Introducción

A todos nos gustaría llegar a los últimos momentos de nuestra vida, sin dolor, de una forma cómoda y con todo lo necesario para una partida sin preocupaciones. La Medicina Paliativa y la planta de hospitalización de enfermos terminales, trata, precisamente de eso, de tratar a los pacientes de la mejor manera posible en el final de su enfermedad y su vida.

El celador que trabaja en esta planta, realiza las mismas funciones generales de la categoría de Celador, pero tiene otras particulares solo en este trabajo.

Debe estar concienciado de que la labor que realiza, lo hace con pacientes que van a partir, pacientes que están pasando por una enfermedad dolorosa y en muchas ocasiones, larga y tienen que intentar que esto no les afecte de forma psicológica, ya que tienen una implicación muy estrecha con estos enfermos, debido a su situación.

Deben ser amables, educados, estar dispuestos a atender al paciente en todo momento y ayudar, en lo posible, a los sanitarios que le tratan.

Es una actividad dura también a nivel físico, puesto que tienen que realizar a los enfermos, cambios posturales que alivien sus dolores o para favorecer, más aún si cabe, su comodidad durante su estancia en el hospital.

2 Objetivos

Explicar las funciones particulares de los celadores en plantas de hospitalización de enfermos terminales, en Medicina Paliativa.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en internet, en bases de datos, como por ejemplo SCielo y PubMed, se han extraído los datos más importantes, desechando los menos relevantes y se ha llegado a su redacción.

4 Resultados

Los hospitales, en el caso de pacientes terminales, no tratan de buscar alternativas médicas para curar una enfermedad, sino que, al ser de imposible solución su patología, y ante el fin de la vida de los enfermos, lo que intentan es que el resto de tiempo que les queda, lo pasen con el menos dolor y molestias posibles y con tranquilidad y confort.

El celador debe ser muy respetuoso con el paciente, aunque este demande en numerosas ocasiones el trabajo de los sanitarios y no sanitarios que le atienden, ofrecerle un trato digno, y ser empático con él.

Para mayor comodidad, el enfermo puede solicitar cambios posturales, con lo cual, el trabajador debe ser conocedor de las distintas formas corporales de un paciente encamado y ayudar a los sanitarios a colocar al paciente, para minimizar en todo lo posible, el dolor o las molestias.

También se debe cambiar a los pacientes de postura habitualmente, ya que los que llevan mucho tiempo encamados de la misma forma, sufren de heridas en la piel y tejidos subyacentes por presión, y lesiones como deformidades o contracturas musculares.

El celador debe conocer, al menos, las posiciones más básicas: posición de decúbito, de Fowler, de Sims, y de Trendelenburg.

Debe saber utilizar la maquinaria como grúas para mover a los pacientes, sin sufrir él mismo lesiones.

Tiene que vigilar constantemente al enfermo, su habitación, su cama, el mobiliario, el material y que todo esté en perfecto orden y limpieza.

Tiene que mostrar delicadeza ante los familiares de los pacientes con enfermedad terminal, colaborando con ellos y sin hacer comentarios que no procedan o aquellos que estén fuera de sus competencias de celador.

El celador debe estar formado para reconocer las cinco etapas por las que pasa un enfermo terminal al conocer su situación, que son la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación y actuar en consecuencia para que los últimos momentos de los pacientes sean lo más fáciles posible.

El celador puede enfrentarse a daños físicos si no cuida su forma de mover a pacientes, según las leyes de ergonomía, pero también este trabajo puede afectarle psicológicamente si no está preparado, al enfrentarse al fallecimiento de pacientes con los que, por su labor, tiene una relación estrecha trabajador/enfermo.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en planta de hospitalización de enfermos terminales tiene una labor muy importante, ya que ayuda al paciente en todo lo que necesita en los últimos momentos de su vida.

Debe estar muy preparado tanto física como psicológicamente, ya que al realizar su labor tan estrechamente con enfermos, ayudarles a estar cómodos, cambiarles de postura muy habitualmente y tratar con ellos de una forma cariñosa, pasar por los estadios de su enfermedad y ver la reacción de sus familiares día a día, pueden tener lesiones físicas pero también daños psicológicos, debido a la empatía obligada por su labor.

6 Bibliografía

El celador en cuidados paliativos: Las funciones del celador en la movilización del paciente terminal. pdf. Disponible en: <https://logoss.net>.

<https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/>.

El papel del celador ante el paciente terminal. Revista Ocronos. Disponible en: <https://www.logoss.net/file/1200/download?token=M9Y-b6T7>

Capítulo 557

EL PAPEL DEL CELADOR DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA SALA DE AUTOPSIAS

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

1 Introducción

El examen del cadáver, o autopsia, es un procedimiento médico que consiste en investigar el cuerpo humano después de la muerte. Abrir el cráneo, el tórax, el abdomen y la columna es parte de la realización de una autopsia.

A través de un examen del cuerpo del difunto con objetivos y un propósito, será el patólogo quien determine las técnicas a utilizar, teniendo en cuenta los pasos y precauciones de cada caso.

Una de las funciones del celador está recogida en el artículo 14.2 apartado 20 del Estatuto del Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social: "Establece que los celadores deberán colaborar en el procedimiento de autopsia cuando realicen tareas auxiliares que no requieran el uso de determinados instrumentos sobre el cadáver".

Al celador de anatomía patológica se le asignan las siguientes tareas y funciones: trasladar el cadáver desde la morgue o las cámaras de refrigeración a la sala de autopsias, colocarlo en la mesa de autopsias y trabajar con el personal médico en cualquier tarea que no implique el uso de instrumentos en el cuerpo del cadáver.

2 Objetivos

- Exponer las funciones y tareas que desempeña un celador del Servicio de Anatomía Patológica 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Así mismo, se leyeron protocolos hospitalarios y manuales básicos para celadores, utilizándose durante todo el proceso las palabras clave “autopsias” y “celadores”.

4 Resultados

Debemos recordar que el celador de la unidad de anatomía patológica siempre trasladará el cadáver a la sala de autopsias. Los deberes del celador incluyen:

- Trasladar el cadáver desde la zona de almacenamiento o cámara frigorífica a la sala de autopsias y colocarlo encima de la mesa de autopsias en la posición especificada por el patólogo.
- Ejecutar cualesquiera otras tareas auxiliares que le solicite el médico, además de tareas generales como traslado de documentos, etc.
- Realizar los preparativos necesarios para la autopsia del cadáver, incluidos los movimientos que deben realizarse sobre el mismo.
- Enviar los materiales necesarios, como muestras orgánicas u otros materiales, para su análisis a los servicios correspondientes.
- Cuidar la apariencia externa del difunto amortajando y colocando el cadáver en el tanatorio.
- Tubos herméticamente cerrados contendrán restos humanos antes de ser trasladados y quemados.

- Una vez finalizada la autopsia, limpia y recompone el cadáver.
- En el caso de que los pacientes se encuentren en la cámara frigorífica, los celadores los retirarán dos horas antes de que los servicios funerarios los recojan para su inhumación o cremación.
- Limpiar la sala y la mesa de autopsias.
- Limpiar a fondo cada herramienta de autopsia.
- Asistir al personal médico siempre que sea posible en tareas que no impliquen el uso de instrumentos sobre el cadáver.
- Mantendrán un libro de registro de pacientes, el cual contendrá toda la información pertinente, incluyendo los horarios de llegada y salida del paciente a la morgue.

Un experto en “anatomía patológica” realiza la autopsia para determinar la causa de la muerte. Implica exponer los órganos que se encuentran ocultos en las cavidades del tórax, abdomen, cráneo y columna.

El celador deberá tomar acciones preventivas en la sala de autopsias, tales como:

- Usar guantes (la barrera de defensa más importante).
- La bata suele ser desechable y completamente impermeable.
- Uso de gafas y mascarillas para frenar salpicaduras de fluidos corporales.
- Lavado de manos para evitar la contaminación.

5 Discusión-Conclusión

El celador es el encargado de proporcionar una sala acondicionada y tener el cadáver preparado para ser examinado en la mesa donde se realizará la autopsia por parte del médico patólogo. Sus deberes y funciones son de vital importancia y se debe enfatizar que sin el celador no estaría todo en las condiciones adecuadas. Por ello, nunca debemos olvidar que el papel del celador en las instituciones de la salud es esencial y siempre requerido en cualquier servicio.

Aunque no están empleados en las instituciones de la salud, no debemos perder de vista el hecho de que colaboran y apoyan a quienes sí lo están.

6 Bibliografía

1. <https://www.legalyforense.com/comentarios/>.
2. www.scielo.org.

Capítulo 558

ERGONOMÍA DEL TRABAJO, RIESGOS: HIGIENE POSTURAL, FATIGA VISUAL Y SÍNDROME DE BURNOUT

TERESA JAREÑO ROMERA

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

1 Introducción

Ergonomía, definición.

Nos centraremos en el estudio de la ergonomía que es una ciencia interdisciplinar que estudia la forma de adecuar el medio de trabajo a las características de los trabajadores, haciéndolo más seguro y confortable y mejorando la productividad y el rendimiento y que forma parte de una de las especialidades de la PRL (Prevención de Riesgos Laborales).

- El objetivo general es mejorar la productividad y el rendimiento del trabajador.
- Entre los objetivos específicos nos encontramos con:
- Conseguir la eficiencia en cualquier actividad realizada con un propósito, eficiencia en el sentido de lograr el resultado deseado sin desperdiciar recursos, sin errores y sin daños en la persona involucrada o en los demás. No es eficaz desperdiciar energía o tiempo debido a un mal diseño del trabajo, del espacio de trabajo, del ambiente o de las condiciones de trabajo. Tampoco lo es obtener los resultados deseados a pesar del mal diseño del puesto, en lugar de obtenerlos con el apoyo de un buen diseño.

- Garantizar que el entorno de trabajo esté en armonía con las actividades que realiza el trabajador
- Seleccionar la tecnología más adecuada al personal disponible.
- Controlar el entorno del puesto de trabajo.
- Detectar los riesgos de fatiga física y mental.
- Analizar los puestos de trabajo para definir los objetivos de la formación.
- Optimizar la interrelación de las personas disponibles y la tecnología utilizada.
- Favorecer el interés de los trabajadores por la tarea y por el ambiente de trabajo.

2 Objetivos

- El objetivo general es mejorar la productividad y el rendimiento del trabajador.
- Entre los objetivos específicos nos encontramos con:
- Conseguir la eficiencia en cualquier actividad realizada con un propósito, eficiencia en el sentido de lograr el resultado deseado sin desperdiciar recursos, sin errores y sin daños en la persona involucrada o en los demás. No es eficaz desperdiciar energía o tiempo debido a un mal diseño del trabajo, del espacio de trabajo, del ambiente o de las condiciones de trabajo. Tampoco lo es obtener los resultados deseados a pesar del mal diseño del puesto, en lugar de obtenerlos con el apoyo de un buen diseño.

3 Metodología

Higiene postural.

La silla debe tener el asiento y el respaldo regulables en altura y en ángulo de inclinación. Los mandos de regulación deben ser seguros y fáciles de manipular.

La base de apoyo será estable y consistirá en cinco patas con ruedas que permitan el giro y los desplazamientos. Siempre es conveniente que disponga de reposabrazos para descansar los hombros y los brazos. El asiento de la silla debe tener una superficie casi plana y el borde delantero redondeado para evitar la compresión de los muslos, debe estar recubierto con un material transpirable, flexible y acolchado.

El plano de trabajo o la mesa debe permitir mantener el tronco erguido frente al plano de trabajo y lo más cerca posible del mismo, de manera que los codos y las rodillas formen un ángulo de 90°. La altura de la mesa debe estar al nivel de apoyo de los codos, en posición erguida y con los hombros relajados.

El uso de un reposapiés permite el ajuste de la silla a la mesa y favorece la circulación sanguínea.

Las medidas principales para evitar cualquier trastorno postural son las siguientes:

- **Mobiliario y postura corporal:** Regular la altura de la silla o de la superficie de trabajo, de forma que sus antebrazos queden paralelos al suelo y sus muñecas no se doblen, colocar el monitor a una distancia que comprenda entre 60 y 80 centímetros prestando especial atención a que la línea superior de la pantalla no se encuentre por encima de la altura de los ojos, colocar los pies de forma plana sobre el suelo y si la silla es alta, utilizar reposapiés, la zona lumbar debe quedar cómodamente apoyada evitando, de esta manera, que se produzca cualquier tipo de lesión.
- **Ejercicios de relajación y estiramiento** para prevenir molestias en diferentes zonas del cuerpo como la nuca, cabeza, brazos y columna vertebral como resultado de posturas excesivamente estáticas, incluso llegando a considerarse forzadas.

3.3- Fatiga visual.

La fatiga visual es uno de los principales riesgos para la salud que presentan los trabajos asociados al uso de ordenadores, como el de un auxiliar administrativo en sanidad. Es la respuesta del ojo frente al esfuerzo muscular excesivo durante un largo periodo de tiempo.

Las medidas a tener en cuenta se expresan a continuación:

- **Distancia Visual:** La pantalla, teclado y documentos escritos con los que trabaje deben encontrarse a una distancia similar de los ojos para evitar la fatiga visual.
- **Reducción de reflejos** colocando la pantalla de forma vertical y usando cortinas.

3.4- El síndrome de Burnout.

El burnout, también llamado síndrome de desgaste profesional o síndrome de estar quemado, es la respuesta que da un trabajador cuando percibe la diferencia existente entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral. Se desarrolla, generalmente, en las profesiones de ayuda y de interrelación social frecuente.

Cuando una persona presenta el síndrome de desgaste profesional, puede sentirse agotada todos los días, tener una actitud cínica, sentirse desmotivado e insatisfecho con su trabajo. El síndrome de desgaste puede estar acompañado por síntomas físicos tales como dolores de cabeza, náuseas y dificultades para dormir. Algunas medidas para evitar que aparezca el síndrome son:

- **Tener tiempo para descansar.** El descanso ayuda a recuperar fuerzas y bajar los niveles de activación.
- **Tener tiempo para el ocio.**

- Disfrutar de la familia y amigos.
- Evitar la sobreinformación. Evitar seguir hablando de trabajo fuera de la jornada laboral.
- Valorar cuáles son los mayores estresores, así como las actuaciones que puedan paliar su impacto y mejorar la situación.
- Hablar sobre las emociones y sentimientos fuera y dentro de tu trabajo.
- Priorizar y organizar el trabajo.
- Orientar la atención a lo que sí se puede hacer.
- Aprender alguna técnica de relajación.
- Mantener un ambiente laboral agradable.
- Evitar conflictos con los compañeros.
- Apoyarse en los compañeros que tengan más energía en ese momento.
- Solicitar, si fuese necesario, ayuda psicológica.

4 Resultados

El primer paso para implementar la ergonomía en la oficina consiste en analizar el entorno de trabajo que se pretende mejorar. ¿Qué tipo de trabajo se realiza allí? ¿Cómo son las características físicas? Su objetivo durante esta fase consiste en analizar dónde pueden encontrarse los problemas potenciales y aplicar los procedimientos ergonómicos adecuados en la oficina.

En la mayoría de los casos, solo se necesitarán pequeños cambios para mejorar la ergonomía de su oficina. Una empresa, junto con la ayuda de sus empleados, debería ser capaz de resolver la mayoría de los problemas de ergonomía en la oficina.

Si bien resulta poco probable, aún es posible que se necesite implementar una reforma completa de la ergonomía de la oficina. En este caso, buscar asesoramiento profesional sobre cómo mejorar el ambiente ergonómico en su oficina puede ser un recurso útil.

Hoy en día, el trabajo de oficina implica pasar mucho tiempo sentado. Aunque pueda parecer inofensivo, esta acción día tras día tiene el potencial de dañar nuestros cuerpos. Desafortunadamente, la mayoría de las personas ni siquiera se darán cuenta de esto hasta que ya hayan empezado a sentir los efectos de las lesiones por esfuerzo repetitivo (RSI, por sus siglas en inglés), derivadas de una mala configuración ergonómica de la oficina.

Los hábitos que se pasan por alto con facilidad, como encorvarse o tensar los hombros, se pueden atribuir como la causa principal de lesiones más graves relacionadas con el trabajo de oficina, a saber, pinzamiento de nervios, dolores de cabeza y lesiones en las muñecas.

Como probablemente es tiempo de llevar a cabo una transformación ergonómica de su espacio de trabajo, a continuación se indican algunos consejos que querrá tener en cuenta a la hora de mantenerse cómodo y sin lesiones.

Monitor

La pantalla de la computadora es el centro de su estación de trabajo. Toda su atención se enfoca en ella a lo largo del día. Como es el centro de su espacio de trabajo, posicionar el monitor de forma inadecuada puede provocar que su cuerpo se acomode de manera perjudicial. Inclinar el mentón hacia arriba o doblar la cabeza y la parte superior del cuerpo para adaptarse a un posicionamiento inadecuado es habitual cuando los monitores no están colocados de forma correcta.

Este tipo de posicionamiento corporal puede convertirse en el único culpable de por qué, repentinamente, experimenta fatiga ocular, dolores de cabeza, lesiones musculoesqueléticas y malestar general.

Cómo colocar correctamente el monitor para una ergonomía saludable en la oficina

De acuerdo con el Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacional, se deben tener en cuenta dos factores a la hora de decidir cómo deshacerse de las molestias posturales que provienen de la tensión que su cuerpo atraviesa para ver el monitor.

Ángulo de visión

El ángulo de visualización se refiere al grado por encima o por debajo de la línea horizontal imaginaria que comienza en los ojos del usuario y que llega hasta el centro de la pantalla de su computadora. Los ángulos de visualización deficientes provocan molestias posturales (cuello y hombros).

Distancia de visualización

La distancia de visualización se refiere al espacio que existe entre los ojos y la pantalla. Colocar la pantalla de su computadora a una distancia inadecuada contribuye a la fatiga ocular.

Las recomendaciones existentes sobre los ángulos de visualización y las distan-

cias de visualización difieren de una fuente a otra. Por este motivo, no deben tomarse como reglas rígidas, sino como pautas a tener en cuenta como punto de partida para mejorar su situación actual.

Cómo ajustar un ángulo de visualización adecuado para una ergonomía saludable en la oficina

La investigación demuestra que cuando el cuerpo está en reposo, los ojos asumen naturalmente una línea de visión descendente. La amplitud de mirada descendente oscila entre 15 y 30 grados, aproximadamente. El rango completo de movimiento ocular es de 60 grados; las personas que realizan tareas visualmente exigentes limitan sus movimientos oculares descendentes a unos 30 grados. Sobre la base de los hallazgos experimentales anteriores, es seguro suponer que colocar su monitor a unos 15 grados por debajo de su línea de visión horizontal dará como resultado una posición cómoda para su cuerpo y ayudará a establecer una ergonomía saludable en la oficina. El razonamiento detrás de esta afirmación consiste en que esta posición actuará como punto central entre los 30 grados de movimiento ocular utilizados en el trabajo, al cubrir 15 grados por encima y por debajo de su línea de visión natural.

Los estudios también han indicado que las personas que realizan un trabajo visual intensivo señalan que mirar hacia arriba por encima de la línea de visión horizontal resulta agotador. Sin embargo, mirar por debajo de la línea de visión horizontal no lo es. Sobre la base de esta información, puede considerar la posibilidad de mover el monitor hacia abajo hasta otros 15 grados para encontrar la posición más cómoda según la configuración ergonómica específica de su oficina.

5 Discusión-Conclusión

A continuación se indica lo que debe tener en cuenta al elegir la silla de oficina ergonómica adecuada:

Un cojín cómodo: al pasar tanto tiempo sentado en su silla de oficina, la mejor opción será contar con una silla de oficina ergonómica adecuada que tenga un cojín cómodo. Una silla de oficina ergonómica con tejido transpirable puede ofrecer beneficios adicionales.

Apoyabrazos: una silla de oficina con apoyabrazos puede brindarle a sus brazos un lugar de descanso saludable cuando no están en uso. Tener los hombros relajados y los codos doblados a un ángulo cerca de 90 grados es una posición de descanso saludable.

Altura del asiento ajustable: como el cuerpo de cada persona es diferente, resulta importante poder ajustar la altura de la silla para que se adapte a su altura. Una vez que haya encontrado una silla de oficina con altura ajustable, trate de sentarse con los muslos paralelos al suelo y los pies en posición plana. Los brazos deben reposar a la misma altura que su escritorio, donde estarán su teclado y su mouse. Respaldo ajustable: una silla de oficina con respaldo ajustable es indispensable. En términos generales, inclinar la silla hacia adelante le permitirá adoptar una postura correcta y reducir la probabilidad de encorvarse.

Soporte lumbar: el soporte lumbar se refiere al respaldo que su silla de oficina le confiere a su espalda. La columna vertebral humana tiene una ligera curva hacia adentro, lo que significa que el respaldo de la silla debe seguir la curva natural de la espalda. Esta curva sostendrá la postura empujando suavemente hacia delante en la parte inferior de la espalda.

Capacidad de girar y rodar: en esencia, querrá una silla de oficina que se pueda mover y girar. Alcanzar objetos que están en su escritorio puede tensar su cuerpo. Lograr que estas áreas puedan accederse con mayor facilidad es la clave para reducir el riesgo de lesiones y crear una configuración cómoda y ergonómica en la oficina.

Por último, trate de organizar los elementos de su oficina por frecuencia de uso. Coloque los artículos que usa más a menudo al alcance de la mano si es posible. Los elementos que se utilizan con menos frecuencia pueden guardarse más lejos para evitar saturar el espacio de trabajo y causar posibles lesiones.

Con estos simples consejos, ahora está en camino de crear una configuración ergonómica saludable y cómoda para la oficina. Si bien pueden parecer simples, marcarán una gran diferencia en cuanto a su comodidad en la oficina.

6 Bibliografía

3.5- Fuentes. <https://revistamedica.com/ergonomia-auxiliares-administrativos/>
<https://revistamedica.com/burnout-auxiliar-administrativo-sanidad/>
Revista Ocronos

Capítulo 559

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ATENCIÓN TELEFÓNICA COMO UNA DE SUS FUNCIONES EN LA SANIDAD

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

1 Introducción

El auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, es un personal no sanitario, aunque trabaje en este ámbito, el cual deberá realizar diferentes tipos de funciones relacionadas con el área donde se encuentre trabajando dentro de este dicho centro.

Dentro de sus funciones, está la de atención telefónica, tanto para usuarios que contactan con dicho centro para cualquier tipo de cuestión, consulta, urgencia, etc., como atención interna para contactar con personal que trabaja en el centro. Las funciones de un auxiliar administrativo que trabaja en la sanidad son muy extensas y complejas y abarcan diferentes campos dentro del centro, pero en este trabajo de investigación nos centraremos en la función de atención telefónica, más concretamente en la asistencia al usuario o paciente.

Antiguamente, la asistencia telefónica eran fundamental para poder contactar con usuarios que necesitaban resolver dudas o reservar citas con doctores o especialistas o incluso para que el propio personal administrativo contactara con el paciente para informarle de algún cambio o prueba o diversas causas que pudieran surgir... Actualmente, con la aparición de internet, muchas de estas consultas, cambios, citas, pruebas... han ido evolucionando y se han podido realizar sin la necesidad de asistencia telefónica.

Aun así, el teléfono sigue siendo imprescindible incluso más que antes, debido en gran parte a la irrupción sin freno de la telefonía móvil, que ha sido el gran cambio de nuestros días.

Por ello hablaremos de la gran importancia de la atención telefónica por parte del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario

2 Objetivos

- Dar a conocer las normas de actuación del auxiliar administrativo en sanidad cuando presta atención telefónica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 utilizado el buscador Google académico y un manual básico del auxiliar administrativo.

4 Resultados

Los centros sanitarios, concretamente los hospitales, estarán prestando sus servicios las 24h del día, los 365 días del año, por lo que siempre habrá personal cualificado aportando sus servicios tanto sanitarios como no sanitarios. En el personal no sanitario aparecerá la figura del auxiliar administrativo, el cual realizará diversas funciones dentro del hospital en cuestión.

Una de las funciones que realizara este personal en concreto será la de atención telefónica, para lo que estará debidamente formado y preparado para realizar

dicha función.

Realmente la atención telefónica que este personal presta al usuario es sin duda la imagen que el centro proyecta hacia el exterior, por lo que es de vital importancia que su formación sea la correcta, pues de su atención dependerá en gran parte todo el demás proceso sanitario que conllevara dicha llamada.

Para asegurar el éxito de la atención telefónica por parte del auxiliar administrativo, sería aconsejable seguir una serie de pautas para entablar una comunicación positiva, concreta y eficaz.

Las diferentes pautas o recomendaciones a seguir podrían ser las siguientes:

- Atender el teléfono inmediatamente, no dejar que suene más de 3 veces, si es posible, esto dará buena sensación al usuario que realiza la llamada.
- Comenzar con un saludo "Buenos días" o "Buenas tardes" y decir el nombre del hospital o centro sanitario al que dirige la llamada.
- Hablar con tono calmado, con amabilidad y mostrando empatía.
- Si la consulta fuera muy extensa, sería conveniente poder tomar notas.
- Escuchar al usuario, prestarle atención y dejarle que se exprese y exponga lo que realmente quiere.
- Intentar obtener toda la información posible, pero sin pasarse en exceso, pues puede incluso molestar al usuario
- No perder los modales en ningún momento.
- No olvidar los principales motivos o causas que el usuario necesita saber o resolver.

El trato telefónico por parte de este personal será siempre con actitud positiva, con ganas de ayudar e intentando ser eficaz y resolutivo tanto en el trato de la llamada como en el tratamiento de la misma para que el usuario pueda quedar totalmente satisfecho.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un auxiliar administrativo que realiza sus labores en un centro sanitario, son muy extensas y pueden abarcar diferentes áreas como servicios del centro. Concretamente, la de atención telefónica será una de ellas, escuchando, tanto a usuarios como a personal interno o, incluso, estableciendo contacto con otros hospitales o centros sanitarios si la situación o las atenciones lo requieren. Por ello podemos decir que este personal será fundamental para que todo el proceso de atención sanitaria sea fluido y pueda desarrollarse de la manera más eficaz y beneficiosa posible, sobre todo para el usuario, pero también para todo el personal que interviene en este proceso.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Manual básico del auxiliar administrativo www.formacurae.es
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.
3. www.vodafone.es
www.yoigocom.

Capítulo 560

CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

1 Introducción

Los Celadores forman parte de la plantilla que sirven a las instituciones sanitarias. Como personal no sanitario desempeñan una labor fundamental para el perfecto funcionamiento de tales instituciones al igual que auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, técnicos, enfermería y facultativos médicos. El celador es el encargado de mantener el orden y vigilar el centro hospitalario, haciendo cumplir las normas establecidas. El estatuto de 1971 regula las funciones del Celador, pero debido a su antigüedad se debe actualizar y adaptar al régimen jurídico actual. La actualización se efectúa a través de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre perteneciente al Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, siendo norma básica de dicho personal de conformidad con el artículo 149.1.18 de la Constitución Española. El personal estatutario es regulado

por la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, las funciones del Personal Subalterno y del Celador se contemplan en la Orden Constitucional de 5 de Julio de 1972, en su artículo 14.1 recoge las funciones del Jefe de Personal Subalterno y en el 14.2 las pertenecientes al Celador, así queda dispuesto en la Disposición Transitoria Sexta de la citada Ley 55/2003.

En el presente capítulo vamos a desarrollar las funciones que tiene el celador en el área laboratorio.

2 Objetivos

- Especificar los distintos tipos de celador que puede haber según el lugar donde desempeñe su trabajo.
- Describir las funciones que realiza el celador en Laboratorio establecidas en un protocolo diario.

3 Metodología

El trabajo en curso se ha realizado mediante una meticulosa investigación consistente en la revisión de bibliografías existentes sobre literatura jurídica. Indagando en artículos y libros de forma sistemática en las principales bases de datos como: Medline, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Según el lugar donde el Celador desempeñe su trabajo se establecerán sus funciones. El Sistema Nacional de Salud Español estipula las siguientes:

- Celador de Radiodiagnóstico.
- Celador de Almacén.
- Celador de Puerta.
- Celador de UCI.
- Celador de Lavandería.
- Celador de Ambulatorio.
- Celador de Planta.
- Celador encargado de Turno.
- Celador de Ambulancia.
- Celador de Laboratorio.
- Celador de Unidad de Psiquiatría.

- Celador de Necropsias.
- Celador de Urgencias.
- Celador de Quirófano.
- Celador de Oficinas.
- Celador de Rehabilitación.

A grandes trazos analizaremos el protocolo diario de un Celador de Laboratorio en su turno de mañana.

8:00h. Coger su busca para estar perfectamente comunicado. Recoger muestras de Quirófano y Endoscopias para entregarlas en Anatomía Patológica, a continuación recoger también en Sintrom y Hematología y llevarlas a Laboratorio.

Acompañar a los pacientes de la consulta de Hematología al Hospital de Día.

Recoger la medicación en Farmacia de los pacientes con tratamiento domiciliario, identificándola con pegatinas y entregándolas en el Hospital de Día para su posterior retirada por dichos pacientes.

Entregar la medicación recogida en Farmacia a la enfermera encargada del reparto.

Siempre tendrán prioridad las biopsias intraoperatorias de quirófano, las cuales se entregarán con inmediatez a Anatomía Patológica para su análisis y estudio.

Los pedidos hechos a Almacén se repartirán a sus consiguientes laboratorios (Bioquímica, Anatomía Patológica, Hematología y Bioquímica).

Entregar a Banco de Sangre los pedidos realizados en Farmacia.

Informar de las incidencias a Mantenimiento.

Fotocopiar el pedido hecho a Suministros y entregar la copia correspondiente a la Supervisora.

Recoger las muestras de Neumología y Otorrinolaringología.

A las 12:30 retirar de Quirófano las muestras para entregarlas en Anatomía Patológica.

Desde la 13:00 a 13:15 se deberán recoger y clasificar en Secretaría los informes de

Anatomía Patológica, los cuales organizarán como a continuación se enumeran.

- Otorrinolaringología y Urología.
- Ginecología, Tocología y Planificación Familiar, los cuales se destinarán a Secretaría de Ginecología.
- Medicina Interna y Neumología, los que irán a Secretaría de Medicina Interna.
- Traumatología destinados a Secretaría Traumatológica.
- Endocrinología, destinados al médico correspondiente.
- Cirugía y Digestivo destinados a Secretaría Cirugía.
- Rx indicando al médico que correspondan, destinados a Secretaría Rx.

- Digestivo, cuando los informes correspondan a Endoscopias se entregarán en Endoscopias.
- Los informes para los médicos de urgencias se les enviarán a través de tubo neumático de Urgencias.
- A partir de las 13:30h se recogerá el instrumental para entregarlo en Esterilización, comenzando en Urgencias y recogiendo el resto de Plantas, menos Psiquiatría y Partos.
- A las 14:00h, una vez recogidas las muestras de Endoscopias se entregarán en Anatomía Patológica.
- 14:15h se repartirá a cada uno de los laboratorios el correo.
- A partir de las 14:15h se recogerán en Quirófano las muestras y se trasladarán a Anatomía Patológica, también se entregará en Esterilización el instrumental de Endoscopias, como lentes de otorrino.
- Llevar facturas y documentos varios a Secretaría de Dirección.
- Cuando se requiera se hará una petición de sangre a través de un fax al Centro Comunitario.

5 Discusión-Conclusión

Como ha quedado comprobado el Celador realizará multitud de funciones en relación con el servicio en el cual desempeñe su trabajo, por esa razón debe de estar muy bien formado para ejecutarlas todas con gran rapidez y eficacia. Su trabajo es fundamental para que cada uno de los servicios que conforman las Instituciones

Sanitarias funcionen con total normalidad.

Entre los servicios más importantes conforman el centro hospitalario se encuentra el de Laboratorio, se encarga de realizar el análisis de la ingente cantidad de muestras que recibe diariamente, los cuales servirán para realizar el diagnóstico y posterior tratamiento de los pacientes. En esta gran función es parte importantísima la labor del Celador, ya que es el encargado de la recogida y traslado de muestras, así como de tratamientos y pedidos para los que se le requiera.

6 Bibliografía

- 1.-<https://www.auxiliardeenfermeria.com>
- 2.-<https://www.revistamedica.com>
- 3.-Temario Oposiciones Sespa Sicepa.
- 4.-es.Scribd.com. Celador Funciones Protocolo

Capítulo 561

EL CELADOR EL MANEJO Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS A LOS PACIENTES QUE LO REQUIEREN

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

1 Introducción

En muchas de las unidades psiquiátricas todavía se continúa con la colocación por parte del personal sanitario de la contención mecánica. Aunque en últimos estudios se ha podido comprobar que existen hospitales fuera de España que no las utilizan.

La salud mental es algo que ha aumentado significativamente en los últimos años y cada vez son más jóvenes los pacientes que se ingresan en una unidad de psiquiatría.

Se puede definir la salud mental por medio de la organización mundial de la salud la cual a su vez la define la salud mental como “un estado de bienestar en

el cual cada individuo desarrolla su potencial y puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

No solo se puede hablar de contención mecánica, sino que también hay otro tipo de contenciones, verbal, no verbal etc.

La contención mecánica como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos. Aquí entra el profesional de la salud el celador junto con otros 4 profesionales los cuales son indispensables para la colocación de la contención mecánica.

2 Objetivos

- Describir qué actuación y conocimientos debe tener el celador para poder colocar una contención mecánica a un paciente en una unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones científicas basadas en guías, artículos, textos en internet. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se han escogido artículos que nos indican que tipo de conocimientos debe disponer el celador para una colocación de una contención mecánica.

Palabras clave: contención, inmovilización, formación, psiquiatría.

4 Resultados

- En nuestra revisión bibliográfica nos hemos encontrado artículos los cuales nos indican que conocimientos y actuaciones son adecuadas para la adecuada colocación por parte del celador de una contención mecánica.
- En un primer momento el celador debe conocer la técnica correctamente, ya que en el momento de tener que colocar una a un paciente no es el momento para parar a explicar nada. Por ello es necesario una buena formación y práctica de la colocación.
- En el momento que se deba tener que colocar la contención mecánica el celador sabrá que el personal facultativo y enfermería ha intentado anteriormente la con-

tención verbal y no ha funcionado. Con lo cual el paciente puede estar agitado y movilizara miembros inferiores y superiores con sacudidas. Es decir, que hay riesgo de lesión tanto para el propio paciente como para el personal sanitario.

- En todo momento el celador Conoce que posición debe colocarse, pues junto con otros cuatro compañeros los cuales se colocaran cabeza, dos en miembros superiores, y otros dos en miembros inferiores.
- El celador tendrá preparado en todo momento la camilla y la contención abdominal colocada previamente para evitar el riesgo de no colocarla adecuadamente.
- En ocasiones se tiende a colocar solamente algún miembro superior y cintura abdominal como contención abdominal. Esto nombrado anteriormente es incorrecto, ya que surge la ocasión de que el paciente se moviliza y se pueda lesionar, con la consiguiente negligencia por parte del personal que lo ha colocado.
- Otra tarea importante que debe conocer el celador es la ronda cada 2 horas para poder comprobar que la contención mecánica está correctamente colocada y el paciente está tranquilo o como es la situación que está viviendo en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la colocación de la contención mecánica es algo que muchos profesionales no dan la importancia adecuada. Pero la incorrecta colocación de esta nombrada anteriormente puede generar complicaciones en el paciente e incluso legalmente en el profesional responsable de ese paciente.

El celador como se ha podido comprobar en nuestros resultados, es uno de los profesionales que debe conocer a la hora de la buena colocación de la contención mecánica.

Es importante el buen trabajo en equipo y situación a la hora de colocación a un paciente de la contención mecánica. De esta forma evitaremos lesiones en pacientes y personal sanitario.

6 Bibliografía

- Gastmans, C. and Milisen. K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethic, 32,(3), 148-152.
- Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención Mecánica: Definición Conceptual [Internet]. Ene. Grupo de Enfermería ENE, 2023.

Capítulo 562

TIPO DE URGENCIAS Y EL CELADOR DE PUERTAS ANTE ELLAS

JESUS MUÑOZ DEL OLMO

MARIA MAPARO LOPEZ MARTINEZ

ROCIO LIMON RUIZ

NURIA JIMÉNEZ DÍAZ

DAVID MUÑOZ DEL OLMO

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias se encuentran entre los servicios médicos más importantes porque están disponibles las 24 horas para pacientes que no pueden esperar horas para recibir atención, es decir, pacientes que tienen patologías que no pueden esperar para recibir tratamiento. Los pacientes que acuden a urgencias solos o con familiares o amigos necesitan atención, que es lo que motivó su solicitud del servicio, y ambos ingresan por la puerta de urgencias.

Incluso en los casos de atención de emergencia, es importante recordar que la persona que abre la puerta de la sala de emergencias es siempre la primera en saludar a los pacientes y sus acompañantes o familiares, es el celador. Por lo tanto, dependiendo de la respuesta inicial del celador, los pacientes o sus familiares pueden formarse una opinión favorable o desfavorable del servicio de urgencias del hospital cómo son tratados después de eso.

Los términos urgencia y emergencia deben distinguirse porque frecuentemente se usan como sinónimos y no tienen relación entre sí. Sin embargo, cualquier circunstancia que suponga una amenaza inmediata para la vida o la salud del paciente suele considerarse una urgencia. La urgencia se define como cualquier solicitud de atención que ocurre fuera del horario comercial habitual.

2 Objetivos

- Describir las diferentes urgencias hospitalarias a las que se enfrenta a diario el celador de puerta en Urgencias.
- Destacar el papel del celador en la sanidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se utilizaron los siguientes criterios bibliográficos para la inclusión: artículos escritos en español con una antigüedad no mayor a diez años, fuentes que trataran sobre emergencias, urgencias, servicios de emergencia hospitalarios, tipos de emergencias y funciones del encargado de la puerta de emergencia.

4 Resultados

Existen varios tipos de urgencias y varios métodos para categorizarlas porque no todos los pacientes que acuden a urgencias de un hospital presentan las mismas patologías.

Los siguientes son diferentes tipos de emergencias:

- Urgencia subjetiva: Cuando la patología del paciente no pone en peligro su vida o su salud, independientemente de lo que crea el paciente, hablamos de urgencia subjetiva.
- Urgencia objetiva: Cuando la patología de un paciente realmente pone en peligro su vida o su salud, hablamos de urgencia objetiva.
- Urgencia vital: Cuando fallan las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales y existe riesgo de muerte a corto plazo, hablamos de urgencia vital.

Varias emergencias médicas, clasificadas por prioridad:

- Una situación grave: Se refiere, como hemos dicho anteriormente, a una amenaza inmediata, real o potencial para la vida del paciente o riesgo de graves con-

secuencias a largo plazo si no recibe una atención oportuna y cualificada (parada cardiorrespiratoria, infartos de miocardio politraumatizados, edema agudo de pulmón, etc.).

- Paciente agudo crítico o gravemente inestable: Este grupo de pacientes presenta afectación en uno o más de sus órganos, lo que podría ser problemático.

Disnea, cianosis, braquicardia, taquicardia, ansiedad, convulsiones, etc.).

- Paciente agudo que no corre peligro o una consulta que se prefiere los que no ponen en peligro la vida del paciente.

- Un paciente retrasado o no agudo: Todos los pacientes que necesitan atención médica, pero no de inmediato, entran en esta categoría y pueden ser derivados a un médico general (GP) sin riesgo para ellos mismos.

Tipos de urgencias médicas por especialidades:

Las emergencias de trauma son personas que han experimentado algún trauma.

- Pacientes con traumatismos leves, traumatismos complicados, apendicitis, etc.

Los pacientes con condiciones o patologías que presentan un riesgo de vida son considerados emergencias médicas.

5 Discusión-Conclusión

Todos los celadores deben estar familiarizados con las diversas clasificaciones de urgencias médicas, ya que el celador del servicio de urgencias del hospital es el responsable de recibir a los pacientes y dirigirlos al servicio de admisión de pacientes o al servicio de triaje (dependiendo de la gravedad de la urgencia que presente el paciente).

Sobre todo, debe conocer bien el que se utiliza con mayor frecuencia en el hospital donde realiza sus funciones para que los minutos cruciales en emergencias críticas para la vida del paciente no se pierdan en la burocracia (pasar por el servicio de admisión de pacientes primero) o por desconocimiento de la gravedad de la patología que presenta (si ya ha llegado).

6 Bibliografía

- www.celadoresonline.blogspot.com

- Pubmed

Capítulo 563

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

ULISES ROMERO VERGARA

GEMA MORALES GÓMEZ

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

En el sistema sanitario, la atención al paciente es un pilar fundamental para garantizar la excelencia en la prestación de los servicios médicos. La calidad de la atención que reciben los pacientes no solo afecta directamente su bienestar físico y emocional, sino que también incide en la confianza que depositan en el personal médico y en las instituciones sanitarias en general. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo adquiere una importancia esencial.

Su rol va mucho más allá de la gestión de documentos y trámites, y el uso del ordenador y el teléfono, si no que además tiene la tarea de asegurar que los pacientes reciban una atención eficiente, oportuna y respetuosa desde el primero momento en que cruzan la puerta del centro de salud o del hospital. El auxiliar administrativo es el primer punto de contacto con los pacientes y tiene la responsabilidad de crear un ambiente cálido y acogedor, donde los pacientes se sientan seguros y

comprendidos. Por ello, una de las principales tareas del auxiliar administrativo es facilitar la comunicación fluida entre el personal médico y los pacientes, por lo que debe coordinar las citas, asegurar que la información médica esté actualizada y responder a las preguntas e inquietudes de los pacientes con prontitud y cortesía, garantizando la confidencialidad y el manejo adecuado de la información de los pacientes. Es por ello que todo el personal administrativo debe poseer unas cualidades y habilidades sociales que permitan el correcto desarrollo de sus funciones, donde las personas deben ser lo más importante.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la atención al paciente por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en bases de datos, como en Pubmed y Medline, así como en Google, en relación con el tema a tratar.

4 Resultados

Para una adecuada atención al paciente, el auxiliar administrativo debe tener en cuenta que:

- No todas las personas son iguales. Se debe considerar la procedencia, donde viven, sus circunstancias personales, sus características sociales, culturales y económicas, que hacen que se comporten y relacionen de forma distinta y tengan distintos niveles de exigencia, y aunque la respuesta sea estandarizada, se debe personalizar a cada paciente o grupo específico, como son los niños, las personas mayores, los enfermos mentales, los parados, la población inmigrante u otros colectivos concretos, siempre respetando la pluralidad y la dignidad de cada persona y colectivo.
- La atención al paciente es un trabajo que implica escuchar, reflexionar, participar y empatizar. De esta forma se logrará una atención de calidad, eficaz y respetuosa que tenga en cuenta las necesidades del paciente y sus expectativas. Al atender

es importante observar, escuchar, preguntar y finalmente, dar respuesta. Para ello son importantes la empatía, la escucha activa, el trato correcto (mirar a la persona, sonreír y dirigirse por su nombre), el respeto y la calidez de las palabras, para que todos los pacientes se sientan atendidos como personas y se genere confianza.

- La atención al paciente, bien en atención primaria o en un servicio de admisión o urgencias de un hospital, requiere que el auxiliar administrativo sea un facilitador, por lo que debe ser efectivo, fiable y seguro, cortés, respetuoso y tolerante.
- La atención a las personas a través del teléfono adquiere una dimensión específica, donde a pesar de no tener al paciente delante, se le debe tratar del mismo modo y con la cortesía y educación con la que se le trataría si estuviera delante, donde la sonrisa telefónica es un elemento importante e incluso tranquilizador en algunas situaciones de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los aspectos más importantes que el auxiliar administrativo debe tener en cuenta a la hora de atender a un paciente es que debe surgir una relación de ayuda, y que además debe ser una ayuda de calidad. En muchos casos la primera toma de contacto con el paciente es el desahogo y la expresión de los sentimientos, circunstancia por la que tanto el personal sanitario como el de gestión y servicios debe estar preparado, mostrar su comprensión y reconfortar el estado emocional del paciente. Por ello, que se produzca un trato cercano es de gran importancia, no solo para ayudar con el estado emocional del paciente, sino para ofrecer un mejor trato y atención en lo que a su estado físico se refiere. Ciertamente es que todo esto está condicionado a la personalidad del paciente, ya que en muchas ocasiones, por su forma de ser o incluso por las circunstancias que están atravesando, se dificulta el acercamiento y la confianza. En estos casos, lo mejor es dejarlo estar para evitar conflictos con los pacientes. Para poder actuar y tener el trato adecuado con los pacientes, el auxiliar administrativo debe haber adquirido una adecuada formación, dentro de la que es importante destacar la formación en habilidades sociales, que permiten al auxiliar administrativo relacionarse con los demás y consigo mismo de una forma más eficaz.

Existen habilidades sociales básicas (escucha activa, cumplidos, formulación de preguntas, ...) que sirven para las interacciones, la gestión de tareas, ofrecer información, etc. Pero hay otras más complejas como la empatía, la inteligencia emocional y el control de las emociones, la asertividad (que permitirá al auxiliar

administrativo a ser claro, directo y honesto), resolución de conflictos y negociación, y como no, la paciencia.

Por tanto, un auxiliar administrativo debe poseer habilidades sociales para interactuar efectivamente con los pacientes, sus familiares e incluso con sus compañeros. Estas habilidades le ayudan a crear un ambiente acogedor, a resolver conflictos de manera diplomática y a transmitir información de manera clara y comprensible. Además, fomentan la empatía y la comunicación efectiva, lo que conduce a un funcionamiento eficiente y una experiencia positiva para todas las partes involucradas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 564

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA.

ULISES ROMERO VERGARA

GEMA MORALES GÓMEZ

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

La ergonomía es el estudio de la interacción entre las personas y su entorno de trabajo o el diseño de productos para que se adapten de manera eficiente y cómoda a las necesidades y capacidades humanas. Su objetivo es mejorar la seguridad, el confort y la salud de los trabajadores, así como aumentar y mejorar la eficiencia en diversos entornos, como oficinas y fábricas, para prevenir y reducir el riesgo de fatiga y lesiones, así como mejorar la productividad. Es, por tanto, adaptar el entorno de trabajo al trabajador y a su puesto de trabajo para facilitar el eficiente y eficaz desempeño del mismo.

La ergonomía es por tanto un elemento a tener en cuenta muy importante para el auxiliar administrativo, ya que debe pensar no solo en su salud, sino también en su bienestar (la ergonomía contribuye a prevenir lesiones y problemas de salud relacionados con la postura y el movimiento repetitivo, como dolores de espalda,

cuello o muñeca), así como en su productividad (el auxiliar administrativo trabaja de una manera mas eficaz y eficiente con menos propensión a la fatiga y menor producción de errores en su puesto de trabajo, favoreciendo a su vez un mejor trato al paciente).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la ergonomía para el desempeño de las funciones como auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en bases de datos, como en Pubmed y Medline, así como en Google, en relación al tema a tratar.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo que trabaja en un entorno que no es ergonómico en un centro de salud o un hospital puede enfrentarse a varios problemas de salud y desempeño laboral, como:

- Dolores músculo-esqueléticos: La falta de ergonomía puede causar dolor de espalda, cuello, hombros y muñecas debido a posturas incómodas, movimientos repetitivos o uso inadecuado del ordenador. Estos problemas pueden agravarse cuando se dan casos de hernias discales, lumbalgias, artrosis, tendinitis, epicondilitis, dolor de túnel carpiano, etc. En un ambiente ergonómico podrían evitarse todo este tipo de lesiones posturales.
- Fatiga y estrés: La incomodidad y el estrés físico pueden llevar a una mayor fatiga, lo que reduce la capacidad de concentración y la productividad, la producción de errores, así como afectar negativamente la salud mental y emocional del auxiliar administrativo.
- Ausentismo laboral: Los problemas anteriores pueden derivar en ausencias laborales, afectando a la continuidad de las actividades del centro de trabajo, bajas o incluso la búsqueda de un nuevo empleo donde la salud del trabajador sea mejor cuidada.

Por tanto, es esencial que se preste atención a la ergonomía para garantizar la comodidad y la seguridad del auxiliar administrativo, para lo que tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- En cuanto al mobiliario, se debe utilizar una silla ergonómica (silla ajustable con soporte lumbar que permita ajustar la altura y la inclinación para mantener una postura cómoda y neutral donde se pueda tener la espalda recta y los brazos apoyados, así como tener las piernas en un ángulo superior a 90° y los pies sobre el suelo), un monitor ajustable que esté a la altura de los ojos (o un soporte que permita ajustarla para poder ver la pantalla adecuadamente sin tener que forzar la vista), teclado y ratón ergonómicos (para reducir la tensión en las manos y muñecas), un reposapiés (en caso de que los pies no lleguen al suelo cuando estás sentado), además de contar con una adecuada iluminación (entre 500y 750 lux) para garantizar el confort visual y la visibilidad idónea para que el auxiliar administrativo pueda desempeñar su trabajo.
- En cuanto a la organización del espacio de trabajo, cabe destacar que se tiene que tener el espacio de trabajo ordenado y organizado para poder acceder a los documentos y suministros sin tener que realizar movimientos incómodos.
- También se deben realizar descansos regulares, es decir, pausar breves para estirarse y cambiar de posición cada hora, dentro de lo posible. Así mismo, sería ideal la realización de estiramientos de cuello, hombros, manos y espalda durante esas pausas para aliviar la tensión muscular.

5 Discusión-Conclusión

Conocer la ergonomía, los problemas que puede acarrear un entorno de trabajo no ergonómico y llevar a cabo pautas ergonómicas pueden ayudar al auxiliar administrativo a mantener una postura adecuada y reducir riesgos de salud. Por ello, se debe recibir capacitación en ergonomía para comprender los principios y prácticas adecuadas de ergonomía en el puesto de trabajo y que así se garantice un ambiente de acuerdo con las necesidades personales para lograr el máximo confort y bienestar. El auxiliar administrativo debe ser conocedor de que el no trabajar en un entorno ergonómico puede acarrear problemas de salud, que pueden ser evitados.

6 Bibliografía

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

- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 565

LA VIOLENCIA LABORAL SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

ULISES ROMERO VERGARA

GEMA MORALES GÓMEZ

GLORIA HERNANDEZ TOMAS

FRANCISCA BOTIJA GARRIDO

JUAN BAUTISTA SERRANO ROMERO DE AVILA

1 Introducción

Se habla de violencia laboral cuando el personal de un centro de trabajo sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. Incluye tanto la violencia física como la violencia psicológica (intimidación, amenazas, conductas susceptibles de causar daño psicológico y moral, etc.).

La definición que ofrece la Organización Internacional del Trabajo sobre la violencia en el lugar de trabajo es la siguiente: toda acción, incidente o comportamiento mediante por el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra persona en el ejercicio de su actividad profesional. La violencia puede presentarse de muchas formas: física (arañazos, golpes, mordiscos, puñetazos, empujones, etc.), verbal (amenazas, tratos vejatorios, intimidaciones,

insultos, gritos, etc.), psicológica o incluso por daño a la propiedad, robos y destrozos de las pertenencias del profesional o del centro de trabajo.

El personal auxiliar administrativo, como trabajador del servicio de salud que está en constante contacto con pacientes y familiares, acompañantes o incluso de otros compañeros, se exponen en su desempeño diario en los centros sanitarios a esta problemática, siendo en la mayoría de los casos agresiones verbales y en casos extremos, agresiones físicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la violencia sobre el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en bases de datos, como en Pubmed y Medline, así como en Google, en relación al tema a tratar.

4 Resultados

Desde el año 2020 han aumentado las agresiones a más del 50% en el ámbito de la atención primaria, donde el auxiliar administrativo se puede enfrentar cada día a conflictos durante su jornada laboral en la consulta y el mostrador, estimándose que sufre una cuarta parte del total de agresiones, con mayor índice en hombres que en mujeres.

Los auxiliares administrativos en los centros de salud sufren principalmente de:

- Agresiones verbales, ya que pueden ser objeto de insultos, amenazas, gritos y comentarios despectivos por parte de pacientes frustrados o enfadados con la atención recibida.

- Violencia física, por parte de pacientes o sus familiares que se encuentren emocionalmente alterados o insatisfechos con la atención médica recibida.

- Acoso y discriminación, por parte de sus compañeros de trabajo o superiores, que puede afectar a su bienestar emocional y su desempeño laboral.

El incremento de las agresiones al personal administrativo se debe, entre otras razones, a que son el primer contacto que tiene el usuario/paciente al llegar al centro de salud y el que se encuentra a disposición del mismo mientras esperan atención médica. Además, debido a los recortes en la plantilla que ha sufrido el personal sanitario y en la tardanza y demora en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, muchos pacientes acuden al centro de salud para conocer cuando serán atendidos. Esta situación provoca en muchos casos masificación y aglomeración de gente en salas de espera y zonas comunes que en muchos casos están mal acondicionados, aparte de la saturación en las líneas telefónicas, hace que los pacientes o sus familiares presenten frustración y malestar (debido a las largas esperas, la falta de información o la percepción de una atención deficiente), emociones intensas (debido a la enfermedad, el dolor o la ansiedad), falta de comprensión ante los procedimientos administrativos o políticas del centro de salud, así como problemas de comunicación que pueden generar confusiones o malentendidos. Además, los propios trabajadores también pueden contribuir, ya que en muchos casos carecen de habilidades comunicativas necesarias para el trato con los pacientes y sus familiares, la falta de empatía o simplemente la atención deficiente como consecuencia de la formación deficiente y la elevada carga de trabajo y los errores cometidos ante las peticiones de los pacientes debido a la falta de personal. Ante todas estas situaciones no todo el mundo responde de la misma manera y hay personas que son más susceptibles de tener una reacción violenta (bien por su propia personalidad debido a un control deficiente de sus impulsos, por la baja resistencia a la frustración o incluso a la toma de sustancias o alcohol) que les lleva a utilizar un tono alto y que puede desencadenar en respuestas agresivas y, por tanto, a que el personal administrativo sufra daños físicos, psíquicos y emocionales, que generalmente producirán frustración, ira, depresiones, ansiedad, desmotivación, síndrome del Burnout (agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador) e incluso el abandono del puesto de trabajo o la baja laboral.

Es por ello que se hace necesaria la toma de medidas preventivas, como la elaboración de un mapa de riesgos que permita analizar quejas, sugerencias y reclamaciones que presenten los pacientes para comprobar las deficiencias del sistema que hay que corregir. Por otro lado, se deben mejorar las instalaciones, la señalización, los paneles informativos y puntos de información para evitar aglomeraciones en espacios donde la circulación puede ser más fluida. Y como no, mejorar los aspectos relativos con la seguridad (cámaras, alarmas, sistemas de aviso a la policía, personal de seguridad en ciertos servicios más conflictivos, etc.) que en muchos casos evitan los conflictos, o permiten la identificación del agresor.

Además de estas medidas, no se pueden olvidar las relativas a los trabajadores, basadas directamente con su formación tanto en lo que su trabajo de auxiliar administrativo corresponde, como con la mejora de las habilidades sociales, la comprensión y la empatía. Y para los trabajadores agredidos, mejorar la cobertura sanitaria y psicológica, así como la asistencia legal, ya que como hemos visto antes, las consecuencias pueden afectar gravemente a su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la violencia que sufren los auxiliares administrativos que prestan sus servicios en centros sanitarios se ha convertido en un problema que necesita ser analizado para poder identificar las causas y poder establecer medidas preventivas que protejan a los trabajadores.

La violencia en el ámbito sanitario es un problema serio que afecta a la calidad de vida de los trabajadores y que pueden tener consecuencias negativas para la prestación de servicios de la salud. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en el sistema de salud, pero a veces pueden ser objeto de agresiones verbales o físicas debido a factores como largas esperas, problemas de comunicación o insatisfacción con los servicios. La seguridad y el bienestar de estos trabajadores son importantes y deben ser abordados por las instituciones y autoridades con medidas que protejan a estos profesionales para garantizar un entorno laboral seguro y respetuoso.

Por último, un tema que debería abordarse para evitar la violencia en el ámbito sanitario es el del aumento de personal para una mejor atención al paciente, así como concienciar a los mismos de la necesidad de anular las citas a las que no van a asistir para que otros pacientes puedan ir en su lugar, agilizando así tiempos de espera y reduciendo, por tanto, la frustración que puedan sentir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 566

LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL

MARÍA JESÚS LÓPEZ CARCELÉN

ROCIO NAVARRO CUTANDA

LAURA MONTERO NIEVES

ANA BELEN FERNANDEZ ALONSO

PILAR CÓRCOLES LOZANO

1 Introducción

El auxiliar administrativo que trabaja en sanidad, es un personal laboral no sanitario cuya funciones extenderán por todas las áreas del hospital.

Sus funciones serán generales o básicas en todos los servicios, más aparte las específicas que se desarrollen dependiendo del área en el que se encuentre, en este caso en el tema a tratar en área de pediatría.

Este servicio destinado exclusivamente a la atención de niños menores de 14 años, estará formado por personal sanitario como facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería, como personal no sanitario como celadores y personal administrativo.

Este personal administrativo será el encargado en esta área de la gestión de datos generados por el equipo sanitario, de la atención personal o telefónica al paciente

y familiares, así como de la administración y tramitación de información necesaria para el proceso del paciente en esta área tan importante del hospital.

Una precisa y fluida colaboración entre el personal administrativo y el resto del equipo sanitario hará que el proceso del niño en atención pediátrica pueda ser más satisfactorio y más llevadero por parte de los familiares.

A diferencia de otras áreas, la de pediatría será más especial si cabe, pues su trato será exclusivamente con niños a la vez que con sus familiares, por lo que será muy importante que todo el equipo multidisciplinar que allí trabaje este perfectamente formado y preparad para atender a personas vulnerables como podrían ser los niños menores.

En nuestro caso concreto, vamos a explicar cuáles serían las principales funciones que el personal administrativo debe de realizar en esta área tan exclusiva del hospital,

2 Objetivos

- Explicar en que consiste el trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de pediatría 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 y relacionados con el trabajo específico del auxiliar administrativo a rasgos generales. Además, se ha aportado la experiencia profesional de los investigadores.

4 Resultados

En el servicio de pediatría de un hospital, el auxiliar administrativo cumplirá funciones propias de su trabajo, a la vez que las requeridas o demandadas por el equipo sanitario con el que trabaja en colaboración, eso sí, siempre relacionadas con sus funciones y relacionado con la atención medica a pacientes o relativa a información de los mismos.

Este personal trabajará en plena colaboración con el resto del equipo sanitario que forman el servicio pediátrico, así como también cooperará con los diferentes departamentos o áreas del hospital por la que sea requerida la situación.

Su comunicación debe ser precisa y fluida con cualquier servicio hospitalario, así como con cualquier servicio externo a este o usuario que necesite información.

Las principales funciones de un auxiliar administrativo en el servicio de pediatría del hospital podrían ser las siguientes:

- Atender a pacientes y familiares que acuden al centro.
- Programar agenda de consultas de pediatría.
- Gestionar base de datos, consultas, citas, horarios de las consultas.
- Organización de consultas tanto de profesionales médicos, enfermería, etc.
- Realizar informes y compulsarlos.
- coordinación y trato de pruebas mandadas por el profesional.
- Tratar y gestionar historias clínicas de pacientes.
- Encargarse de que no falte material administrativo en el área, desde folios a bolígrafos, sobres, etc.
- Atención telefónica tanto hacia el usuario como internamente con otros servicios del hospital.
- Atención personal y en primera persona al usuario que acude al área.
- Control de citas y horarios
- Ser amable y educado, pues con quien más tratará será con padres de niños, los cuales pueden venir asustados y preocupados.
- Empatía con los familiares así como con el niño.
- Tramitación de consultas, conocer en que consulta se encuentra cada profesional trabajando.

Una adecuada preparación y formación del auxiliar administrativo puede garantizar que este personal pueda trabajar tanto en el servicio de pediatría como en cualquier otro servicio del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se puede confirmar que el personal auxiliar administrativo es una figura muy completa dentro de un hospital, pues sus funciones se extenderán a prácticamente todas las áreas del mismo. De sus funciones dependerá, en gran parte, el buen funcionamiento y desarrollo de todo el proceso que un usuario deba seguir dentro de un hospital, en este caso el Servicio de Pediatría. Al trabajar en un servicio de pediatría, este personal tiene que ser consciente que lo hace con niños, los cuales tienen unas necesidades diferentes a los adultos, por

lo que tendrá prestar mayor atención en sus decisiones y en su trato.
Al tratar con niños y con su estado de salud, será fundamental que este trato sea cercano y con amabilidad, siempre escuchando e intentando calmar la situación. Su trabajo es básico para el principio de atención sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://serviciopediatria.com>
www.chospab.es
www.scartd.org
www.formacurae.es.

Capítulo 567

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

El paciente terminal, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos “es aquel paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses” y la definición según la OMS es “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado”. La rama de la medicina que se ocupa del control de sus síntomas se denomina Medicina Paliativa.

Todo esto va a suponer un gran impacto para el paciente, sus familiares y el personal sanitario que estará con él en este proceso tan duro.

Es por ello que el celador que esté en la unidad de pacientes terminales debe tener una adecuada formación, además de que tiene que estar preparado tanto física como mentalmente para estos últimos momentos de vida del paciente, intentando que se sienta cómodo y a gusto para hacer el tránsito hasta su muerte lo más fácil posible; estos momentos serán bastante complicados e intensos para todo el entorno que rodea al paciente, incluido todo el personal, por eso el celador tendrá que mantener en todo momento la compostura y afrontarlo con la mayor empatía posible, pero intentando que no le afecte en exceso.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el celador en relación con el paciente terminal y sus funciones ante este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una consulta y revisión bibliográfica en bases de datos de artículos basados en la atención a pacientes terminales y su entorno, así como de las actuaciones a realizar por los diferentes profesionales buscando como palabras clave “paciente terminal”, “funciones celador” “cuidados paliativos” en Scielo, Ministerio de sanidad, Medline.

4 Resultados

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias a la hora de afrontar problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Estos cuidados consisten en prevenir y aliviar el sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado del dolor.

En el paciente terminal nos vamos a encontrar con que éste suele pasar por unas fases hasta aceptar su estado, en concreto son 5 fases de duelo, pero no por ello el paciente pasará por todas ellas, dependerá de su estado. A continuación pasamos a describirlas

- Fase de negación: el paciente no reconoce su enfermedad
- Fase de ira: el paciente está enfadado porque no entiende el por qué de la situación
- Fase de negociación: el paciente empieza a intentar aceptar su situación.
- Fase de depresión: el paciente se siente triste y deprimido, comienza a experimentar el duelo que está por llegar.
- Fase de aceptación: el paciente ya está preparado para el término de su vida, es ahora cuando es necesario la ayuda también para sus familiares.

Serán necesarias la realización de diferentes pruebas, con lo que el celador tendrá que trasladar al paciente al servicio que soliciten manteniéndolo en todo momento aseado y cómodo. Deberá saber escuchar activamente, ser amable y empático tanto con el paciente terminal como con su entorno en estos últimos

momentos puesto que en la mayoría de ocasiones al paciente le bastará sólo con que le escuchen y le entiendan .

Al final del recorrido, el celador será el encargado de ayudar a los técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) del amortajamiento del paciente y su traslado al mortuoria.

Por supuesto es muy importante también el mantener al paciente aseado y cómodo, ya que en muchos casos no se pueden mover por sí solos y serán necesarios los cambios posturales para evitar úlceras y demás problemas que puedan surgir en estos últimos momentos.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que saber comunicarse con el paciente terminal, tanto de forma verbal como no verbal, poniendo especial cuidado en esta última forma, puesto que muchas veces podemos decir ciertas cosas con los gestos y miradas que con las palabras. Debemos de ser respetuosos, amables, empáticos...

Las funciones del celador ante los pacientes terminales son muy importantes, porque en estos últimos momentos de su vida lo más importante es que se encuentren a gusto, cómodos y en un ambiente agradable.

Cada paciente vivirá estas fases de una forma diferente e individualizada, por lo que el celador deberá prestar su apoyo sin condicionantes de ninguna naturaleza según la fase por la que esté pasando.

6 Bibliografía

1. [Https://cuidadospaliativos.info.es](https://cuidadospaliativos.info.es)
2. [Https://www.celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html](https://www.celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html).
3. [Https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/paliative-care](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/paliative-care)

Capítulo 568

EL CELADOR Y SU PAPEL EN LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA

LLANOS LANDETE LOPEZ

MANUEL INOCENCIO MORALES

ENCARNACION PATERNA SERNA

BEATRIZ MARÍN GARCÍA

MARIA SOLEDAD LANDETE LOPEZ

1 Introducción

La unidad de farmacia es donde se distribuyen fórmulas magistrales, especialidades y efectos accesorios farmacéuticos. Con la ayuda de una enfermera o auxiliar de farmacia, un farmacéutico se encargará de esa unidad. En algunos casos, el dispositivo creará soluciones y las colocará en contenedores impecablemente limpios. Siempre que sea posible, las soluciones se reenvasarán en sus envases originales bajo un único lote común. Estas soluciones deben cumplir con las normas de la ley. Se utilizarán tambores para lograr esto. En caso contrario, cada preparado se entregará en botella, garrafa, etc. y se utilizará un lote diferente. El departamento de farmacia del hospital es responsable de recolectar suministros, reubicar suministros dentro de la farmacia, preparar el terreno, entregar

medicamentos al departamento desde la farmacia, administrar el inventario de la farmacia y almacenar suministros.

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica, además de servicios o unidades de farmacia hospitalaria. Los hospitales de primer nivel también deben hacer un uso responsable de los medicamentos.

Los medicamentos destinados al uso humano serán almacenados, conservados y dispensados por los servicios farmacéuticos que ofrezcan los hospitales, centros de salud y organismos de atención primaria, así como por las farmacias públicas legalmente reconocidas.

2 Objetivos

Exponer la importancia y funciones del celador sanitario en la Unidad de Farmacia.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo, llevamos a cabo una investigación, que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura, sobre el cuerpo de la literatura científica existente. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros, también revisamos una gran cantidad de artículos de bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo. Además, se examinaron nuestros registros de educación continua.

4 Resultados

Las responsabilidades del celador dentro del Servicio de Farmacia serán las siguientes:

- Es el encargado de recoger cada mañana los envases vacíos de solución desinfectante de las unidades clínicas o consultas.
- La Ficha de Especialidades Procesadas contendrá el recuento de los envases recolectados. Solo serán manipulados por él los envases que se entreguen limpios, desencapsulados y con las tapas adecuadas. Cualquier defecto en este departamento será registrado por escrito y firmado por el responsable de la unidad correspondiente en el apartado de observaciones de la hoja.
- Los envases y el Formulario de Especialidad cumplimentado deberán entregarse al Auxiliar de Laboratorio cuando tenga que registrarse en la farmacia.
- Una vez listas transportar las mezclas desinfectantes al almacén.

- Para distribuir las soluciones desinfectantes, retirará del stock del almacén los contenedores necesarios para cada unidad y verificará la salida correspondiente en la Ficha de Especialidades, la cual fue creada para que pueda ser salida por el ordenador. Al igual que el resto de hojas de pedido, esta hoja se pondrá a disposición de los administradores.
- Transportar objetos pesados.
- Cooperación de los inventarios.
- La dosis diaria del paciente de medicación se les administra en una farmacia ligera en dosis unitarias, o la dispensación de un producto farmacéutico específicamente adaptado a cada paciente.
- Las dosis diarias de medicamento se administran una a la vez a través de carros con cajas numeradas adjuntas, una para cada paciente, y cada caja contiene la dosis precisa que el paciente necesita.

El almacenamiento, conservación y dispensación de productos farmacéuticos destinados a uso humano se realizará mediante los servicios de farmacia ofrecidos por hospitales, centros de salud y organismos de atención primaria, así como por las farmacias públicas legalmente reconocidas.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis bibliográfico, podemos concluir que la labor del celador de la unidad de farmacia es crucial porque, entre otras cosas, se encarga de acondicionar el suero y el alcohol antes de dispensarlo a las distintas unidades hospitalarias y transportar los carros que contiene la medicación desde la farmacia a los distintos servicios del hospital.

Los departamentos de farmacia de hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud están obligados a suministrar o dispensar los medicamentos solicitados de acuerdo con los marcos legales y reglamentarios establecidos.

El almacenamiento, conservación y dispensación de productos farmacéuticos destinados a uso humano se realizará mediante los servicios de farmacia ofrecidos por hospitales.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en farmacia hospitalaria y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del centro sanitario.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>

- www.revistamedica.com

Capítulo 569

EL PLANCHADOR/A EN LA CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ROPA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

1 Introducción

El departamento de lavandería del hospital es el encargado de supervisar el suministro de prendas textiles para los distintos servicios. Ambos servicios deben garantizar la comodidad y seguridad tanto de los usuarios como de los empleados además del control de riesgos y calidad. Este servicio, que también proporciona espacio de trabajo, proporciona vestimenta al conjunto del hospital.

Los tres lugares donde se presta este servicio son los siguientes:

- Área contaminada, que es un lugar con acceso directo a un patio y lote de servicio y requiere suficiente iluminación y ventilación natural.
- Zona limpia: La barrera sanitaria comienza donde se retira la ropa de las lavadoras y finaliza donde se clasifica para su entrega.
- Distribución: La ropa se lleva en carritos al hospital y se distribuye allí. Estas son las funciones que debe cumplir la vestimenta hospitalaria.
- El paciente estará protegido del frío mediante la regulación de temperatura.
- Deben proporcionar cierta privacidad y protección.
- Para promover la libertad de movimiento, la ropa debe ser cómoda. La ropa se puede clasificar en dos grupos:
- Ropa de lino, que es ropa de una sola pieza que es suave como sábanas.

- Tipo de ropa: incluye dos o más prendas, como pijamas. La ropa del personal y la ropa de los pacientes son dos categorías diferentes en esta última.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las características del servicio de planchado hospitalario, cómo se categoriza y qué tipo de relaciones tiene con hospitales e instalaciones de salud en el proceso de confección.

3 Metodología

Para completar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de libros y artículos. Se utilizaron palabras clave como "tipo de ropa hospitalaria" y "características de la ropa" para realizar búsquedas en las principales bases de datos de sitios web de datos Pubmed, así como en motores de búsqueda como Google.

4 Resultados

La ropa, de la que existen dos tipos, es el vínculo principal entre un hospital y una lavandería:

- Camisones, pijamas, batas y monos son ejemplos del tipo de ropa que los pacientes suelen usar mientras reciben tratamiento.
- Se puede destacar la vestimenta del personal como profesional (pijamas, batas, camisas, pantalones, delantales, etc.) debe ser cómodo y cumplir una función protectora, protegiendo tanto al personal como a los pacientes de productos contaminados.

Toda la ropa usada se coloca en jaulas, se lleva a la lavandería, se ata con cinturón, se pesa para poder lavarla y luego se lleva a la secadora, la tabla de planchar y el calendario, donde se dobla, empaca y almacena. Colóquelos una vez más en carros o jaulas para el viaje de regreso al hospital. Los carros se utilizan para distribuir la ropa de los pacientes entre los pisos del hospital. Los empleados están ataviados con lencería donde están presentes las amas de casa, quienes distribuyen los uniformes, batas y pijamas. La ropa se degrada y se vuelve inadecuada debido al desgaste normal; en este punto, debe desecharse y reemplazarse. El tipo de atención brindada, la capacidad y ocupación diaria de las instalaciones y la frecuencia con la que se cambia cada prenda de vestir. Todos estos son factores que deben tenerse en cuenta al determinar las necesidades de personal de

un hospital. Se aconseja eliminarlos y condensarlos (atendiendo a la vestimenta, repartiendo piezas y cantidades, etc.). Solo de esta manera se puede garantizar un proceso de limpieza rápido. Eventos inesperados, como el hecho de que había más pacientes y personal disponible cuando llegó Covid, requirieron que se aumentara este número. Este sistema de reposición lo gestiona la lencería, que elige la ropa nueva en función de factores como la calidad del tejido, la usabilidad, la lavabilidad y la rotación de somatización.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de lavandería y plancha dona todo tipo de ropa al hospital. La ropa hospitalaria debe cumplir tres requisitos fundamentales: debe ser higiénicamente adecuada y estar compuesta principalmente de tierra y microorganismos, no debe impedir el movimiento, ser cómodo y sencillo de poner y quitar tanto para el paciente como para el personal y las telas serán suaves al tacto y resistentes a las manchas, pero también deben ser suaves con la piel.

El objetivo principal del proceso de fabricación es proteger la ropa de la contaminación biológica o higiénica. Como resultado, toda la ropa del paciente y del personal debe estar completamente desinfectada.

6 Bibliografía

1. www.hospitecna.com
2. www.revistamedica.com

Capítulo 570

ACIDENTES LABORALES QUE SE DAN EN LA PLANCHA EN LOS CENTROS SANITARIOS.

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

1 Introducción

Mediante la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se garantiza el bienestar y seguridad de los trabajadores de lavandería y planchado en el desempeño de sus tareas. Esta ley prioriza la implementación de medidas preventivas para mitigar los riesgos potenciales que estos trabajadores puedan enfrentar en el trabajo. Además de la prevención de riesgos, también establece los principios de promover la consulta, participación y formación equilibrada de los trabajadores en todo lo relacionado con la seguridad y la salud en el trabajo. Si se identifican peligros graves e inminentes, se debe cesar la actividad y se debe controlar la salud de los trabajadores. La máxima prioridad de la Ley 31/1995 es garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Para los servicios de lavandería y planchado, el análisis de técnicas para detectar posibles factores de riesgo es crucial para mantener la seguridad y la salud de los trabajadores, según el artículo 33 de la Ley 31/1995. Esta ley exige que los empresarios consulten con sus empleados sobre todas las cuestiones que puedan afectar a su bienestar en el trabajo. Las medidas de prevención pueden ayudar a identificar y evaluar estos riesgos para garantizar que los trabajadores se mantengan sanos y seguros.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los accidentes y los riesgos que se pueden encontrar en relación con el servicio de la plancha en los hospitales.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una búsqueda de información en varias publicaciones de libros, también se han consultado en varias bases de datos de internet, tales como Medline, Scielo y Pubmed, pero principalmente, de la propia Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Al implementar un plan de prevención, los empleadores deberían consultar con los trabajadores de lavandería y planchado para garantizar que se minimicen los riesgos que surgen de las operaciones entre trabajadores y que también se alcancen y gestionen los objetivos de prevención. Este plan. Para realizar una adecuada estructuración y alcanzar los objetivos y objetivos del plan de prevención, es necesario definir las necesidades de la empresa y asegurar la ejecución e implementación del plan de prevención. Las empresas deberían planificar, organizar e introducir nuevas tecnologías en relación con sus posibles consecuencias para la seguridad y la salud de los trabajadores, prevenir riesgos laborales, designar trabajadores para llevar a cabo medidas de emergencia y organizar y desarrollar medidas para implementar medidas de emergencia. Trámites de Documentación e Información. Los planes de prevención deben considerar varios principios, entre ellos:

- Riesgos laborales.
- Grupo de trabajo.

- Las condiciones de trabajo.
 - Lesiones relacionadas con el trabajo.
 - Equipo de protección personal.
 - Manipulación manual de equipaje.
 - Señalización de seguridad y salud en el trabajo.
 - Personalización de pedidos, métodos de pedido y producción.
 - Reemplazar lugares peligrosos para hacerlos menos peligrosos.
- Como ocurre con cualquier plan de prevención, se deben fijar y alcanzar objetivos. Cualquier plan debe incluir aspectos como funciones, prácticas, estructura organizacional, procesos y recursos, y las responsabilidades necesarias para implementar adecuadamente las precauciones de riesgos laborales dentro de la empresa. El objetivo subyacente de cualquier plan para lograr resultados y reducir riesgos es que cada empleador debe proporcionar a sus trabajadores de lavandería y planchada información y prácticas apropiadas sobre medidas preventivas durante y mientras dure su contrato y permitirles hacerlo. Puede funcionar mientras cambia. Pueden suponer una serie de riesgos para la salud durante el desempeño de las actividades laborales

5 Discusión-Conclusión

Prevenir riesgos laborales de los trabajadores de lavandería y planchado e involucrarlos mejorará su calidad de vida, salud laboral y seguridad en el trabajo. Pueden suponer una serie de riesgos para la salud durante el desempeño de las actividades laborales. Una buena planificación de riesgos laborales en los servicios de lavandería y planchado, junto con las buenas prácticas en materia preventiva, información y formación de los trabajadores, permitirán evitar o minimizar riesgos y prevenir accidentes actuales o futuros. Trabajadores del servicio de lavandería y planchado. Las medidas de prevención pueden ayudar a identificar y evaluar estos riesgos para garantizar que los trabajadores se mantengan sanos y seguros

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. www.seguridad-laboral.es
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 571

LA IMPORTANCIA DEL REPASO DE PRENDAS EN EL PLANCHADO EN CENTROS SANITARIOS.

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

1 Introducción

La ropa proporcionada por el hospital se limpia y esteriliza en el área de planchado y lavado. Debido a que completa todo el proceso de lavado, el planchado tiene un propósito muy importante. La ropa puede quedar sin arrugas y alisada con plancha. Ya que los productos utilizados son muy efectivos y esto previene la transmisión de enfermedades infecciosas, de las marcas que aparecen durante el proceso de limpieza y lavado en el túnel, ya sea por los kilos de ropa o porque se utilizan, porque requiere una temperatura alta para eliminar posibles restos que puedan quedar en cualquier tipo de prenda que llegue a nuestra lavandería. La posibilidad de planchar hace que las fibras del tejido utilizadas para confeccionar la ropa se estiren y mantengan su forma después de enfriarse. Por otro lado, cabe señalar que es imperativo revisar (coser) todos los objetos y prendas de vestir

que se mueven por esta zona porque el uso repetido hace que se deterioren y se deshagan, siendo necesario su inspección antes de ser plegados y empaquetados, uno a la vez, para garantizar un embalaje perfecto. Normalmente, se une una calandria mediante rodillos y vapor a alta velocidad. Permite planchar de forma rápida y eficaz grandes cantidades de ropa con muchas unidades.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer como es el procedimiento que se realiza con cada prenda en la zona limpia de planchado y costura antes de ser llevadas devueltas al centro hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros como es el de oposiciones lavandero/a edición y también se han consultado artículos en las principales bases de datos de varias páginas de internet como Google académico y seleccionados artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas con palabras claves plancha, costuras, etc.

4 Resultados

Como ya sabemos, la zona de lavandería se divide en secciones en función de las tareas que se realizan. Una de estas zonas es la zona de planchado, que se sitúa en la zona limpia de la lavandería y donde se utilizan diversas máquinas para clasificar el punto de acabado de cada prenda en dos categorías:

- Acabado de prendas planas. Normalmente, se une una calandria mediante rodillos y vapor a alta velocidad. Permite planchar de forma rápida y eficaz grandes cantidades de ropa con muchas unidades. Además, este acabado incluye una car-peta y un apilador para ropa como sábanas, batas de quirófano, trajes de fiesta, fundas de almohadas y colchas.
- Acabado de fajas. Esta máquina se utiliza para terminar artículos como pijamas para pacientes, camioneros, batas y pantalones de uniforme blancos o verdes y azules específicos para quirófano para el personal médico. Este tipo de máquina eleva el listón del lavado de ropa porque produce una cantidad significativa de ropa en poco tiempo y, al mismo tiempo, garantiza una desinfección completa.

Por otro lado, nos referimos al departamento de costura que se encarga de revisar individualmente cada prenda designada como “rechazada”. Es ventajoso para una lavandería tener esta posición porque disminuye tiempo y costos porque genera menos gasto. El encargado de esta función revisa botones, ojales, refuerza costuras, dobladillos, cose almohadas y, en casos excepcionales, a petición de algún servicio hospitalario, cose prendas que sean necesarias para un caso más específico. Por lo que el responsable de este departamento debe tener conocimientos, ya que es un trabajo minucioso y de gran responsabilidad. La posibilidad de planchar hace que las fibras del tejido utilizadas para confeccionar la ropa se estiren y mantengan su forma después de enfriarse

5 Discusión-Conclusión

Rápido y completo, el centro de lavandería ofrece el servicio perfecto para cubrir las necesidades de un entorno hospitalario. Con la máxima atención al detalle, este servicio plancha y revisa eficientemente las prendas como paso final para eliminar manchas y líquidos antes de empaquetarlas y distribuir las expertamente a varios departamentos, donde luego se reemplaza la ropa deteriorada. Ya sean centros de salud, centros ambulatorios o servicios de hospitalización, todo el proceso está pensado y adaptado para cumplir con los más altos estándares. Por lo que el responsable de este departamento debe tener conocimientos, ya que es un trabajo minucioso y de gran responsabilidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 572

TÉCNICAS DE PLANCHADO QUE DEBE CONOCER EL PLANCHADOR/A EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

ADORACIÓN DIAZ SEGOVIA

URSULA DIAZ SEGOVIA

FRANCISCA HONRUBIA VILLENA

ISABEL ATIENZAR GÓMEZ

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Aproximadamente el 70% de las prendas procesadas en el procesamiento industrial de prendas de vestir necesitan plancharse. Las toallas y otros artículos con volantes, como accesorios, se usan comúnmente para confeccionar ropa que no necesita planchado. El proceso de planchado implica aplicar calor y presión a las telas para eliminar las arrugas que se desarrollan durante el lavado y el secado. También se ayuda a evaporar la humedad que aún pueda estar presente en la prenda limpia aplicando calor a la tela. Se necesitan múltiples sistemas para diferentes tipos de ropa en la sección de planchado de las lavadoras industriales. Cuando es posible, las planchas se utilizan en un sistema continuo para planchar ropa de varios tamaños y formas mientras se ajusta el calor al nivel adecuado para cada tejido. De esta forma, no hay interrupción cuando la plancha alcanza

la temperatura preestablecida y comienza a presurizar los rodillos tirando de la prenda. La placa todavía está separada de los rodillos en la posición de parada. Se pueden utilizar equipos auxiliares con excavadoras para acelerar el proceso. La relación entre un paciente y los trabajadores sanitarios y alimentarios que recibe se puede comparar con la importancia de los servicios de ropa interior para la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente. La correlación entre los costos operativos y los costos totales puede ser significativa desde el punto de vista de un hospital.

2 Objetivos

El objetivo principal del capítulo es lo que se debe de conocer en el proceso de secado-planchado en los centros sanitarios y cómo funcionan las calandras de planchado.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en varios 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 realizado.

4 Resultados

Una máquina de planchar es un sistema para planchar ropa, normalmente también denominada ropa de cama, en la lavandería de un hospital. En concreto, ropa de cama sin costuras, como fundas de almohada, manteles y sábanas. Las planchas de ropa privadas funcionan con un sistema de calendario, donde los rodillos están protegidos del calor por una tela no tejida. Rodillos o rodillos de hierro que tienen múltiples capas de protección: Los rodillos de hierro están en contacto directo con una capa de lana de acero, y todo el conjunto está protegido por una capa de tela no tejida resistente al calor por la que pasan las placas. La longitud del rollo oscila entre 150 y 320 cm y su diámetro oscila entre 15 y 50 cm. La elección del tamaño del rodillo depende del tejido que se vaya a planchar. La prenda se introduce por delante, se coloca sobre una mesa de soporte y luego se

levanta mediante correderas y prensas mientras se mueve mediante rodillos sobre placas de acero calentadas que crean ondas. Siempre debes limpiar y encerar este corrugado. Esto se debe a que tirar de la ropa hace que esta se arrugue y se deteriore debido a la suciedad, la sequedad o la aspereza. Si la ropa mojada tiene residuos de detergente acumulados en la superficie del rodillo, retírelos con una manta de lavado. Hay dos tipos de calendarios: carretes centrales y carretes mutantes. Además, los calendarios se presentan en las siguientes variedades según su uso previsto:

- Calendario compacto.
- Un calendario comercial.

Dependiendo de sus componentes individuales, hay tres sistemas de calendario disponibles.

- Un calendario con rodillos en los bordes y un cilindro central. Cilindro de hierro en medio de material conductor.
- Una parrilla del radiador en forma de cubo.

5 Discusión-Conclusión

El mantenimiento de ropa limpia y cómoda y la facilitación de la atención al paciente son dos tareas específicas de una lavandería hospitalaria. La manipulación (recogida, clasificación, apilado, etc.) durante la contaminación provoca una importante transmisión bacteriana por el aire de la ropa sucia y puede acumularse en las prendas antes de que sean asignadas a varios departamentos del hospital. Es por ello la importancia de conocer el funcionamiento de esta área.

6 Bibliografía

1. Manual básico del planchador/A. <https://www.equipo.com>.

Capítulo 573

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES QUÍMICOS

MARIA JOSE MORA CEREZO

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JOSEFA COUQUE MOTILLA

1 Introducción

El presente capítulo se centra en identificar algunos de los agentes contaminantes que pueden estar presentes en el ambiente de trabajo y que pueden tener efectos negativos en la salud del auxiliar administrativo.

Para el desempeño de las tareas diarias del personal a lo largo de la jornada de trabajo, es imprescindible el uso de ordenadores, teléfonos, fotocopadoras, impresoras y diverso material de oficina, entre otros, donde continuamente se está en contacto con estos agentes.

Este hecho no está libre de algunos riesgos dada la exposición a varios tipos de contaminantes químicos que se pueden encontrar presentes en los materiales que

se han usado para fabricar los equipos (piezas, cobertura de cableado, solventes, etc.) y que pueden llegar a producir efectos nocivos en la salud del trabajador.

El conocimiento sobre los agentes contaminantes más relevantes permite tener consciencia de lo importante que es saber identificarlos y controlarlos para garantizar una atmósfera de trabajo segura para salvaguardar la salud y bienestar del personal. Adoptar medidas de control, teniendo en cuenta que la protección colectiva prima sobre la protección individual (siempre que esto sea posible) y la formación del trabajador en materia de seguridad y salud, son dos pilares fundamentales para ello.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunos de los contaminantes químicos que emiten los equipos de oficina utilizados por el personal auxiliar administrativo.
- Informar de algunas de las medidas preventivas que se pueden adoptar.

3 Metodología

Para la confección 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 redactados por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros.

4 Resultados

Inmerso en las tareas diarias de un auxiliar administrativo, se encuentra el riesgo por sustancias químicas, referido al contacto con elementos que las contienen.

Los tipos de contaminantes más comunes que se pueden dar en el entorno de trabajo de un auxiliar administrativo son

- Compuestos orgánicos volátiles (COV):

La mayoría proviene por el calentamiento que se produce en el interior de los equipos informáticos al entrar en funcionamiento. En el caso de las fotocopiadoras y/o impresoras láser, este aumento de temperatura hace que algunos componentes del tóner se descompongan.

Otros focos de emisión son algunos materiales de oficina de uso habitual que pueden desprender sustancias químicas, principalmente solventes. Algunos ejemplos de ellos pueden encontrarse en rotuladores permanentes, correctores y en algunos adhesivos.

En general, según los estudios de los que se dispone información, se contempla que la mayoría pueden producir irritación en las mucosas, piel y ojos, dolores de cabeza, náuseas y algunos de ellos podrían tener un efecto cancerígeno o mutagénico, entre otros efectos.

Se ha de tener en cuenta que el efecto negativo de los COV para la salud va a depender en gran medida del grado de concentración de los mismos en el ambiente, teniendo en cuenta que, en bajas concentraciones puedan ser tolerados por la población en general, pero no así para los que presenten problemas de tipo asmático, por ejemplo.

- Compuestos orgánicos semivolátiles (COSV):

Proceden de los compuestos que se liberan de los recubrimientos de los aparatos eléctricos y electrónicos utilizados para hacerlos menos inflamables cuando se calientan durante su funcionamiento. Estos compuestos liberados lo hacen en poca cantidad y la mayoría se evaporan, aunque pueden encontrarse en el aire.

- Partículas:

El más importante a destacar aquí es el polvo de tóner. Aunque los tóner vienen convenientemente sellados, el polvo de tóner contiene el pigmento negro de carbón considerado ligeramente tóxico y lleva impurezas que pueden ser carcinógenas, aunque según establece la NTP 1085 “estas impurezas se encuentran en niveles muy bajos, por lo que no suponen un riesgo para la salud en relación con los efectos a largo plazo”. Irritación respiratoria, en ojos o piel pueden estar relacionados a su exposición. El auxiliar administrativo deberá tener especial cuidado cuando vaya a sustituir el tóner vacío por uno nuevo para evitar roturas en el mismo que puedan provocar la emisión de polvo.

- Productos químicos:

De los más habituales serían los que se utilizan en la fabricación del “papel de calco” y “papel autocopiativo”. Aunque la transformación hacia la era digital está en constante avance a pasos agigantados y ello hace que se usen cada vez menos, todavía a día de hoy se utilizan este tipo de papeles. Algunos ejemplos se encuentran en el uso de hojas de reclamaciones, volantes de pruebas médicas, talonarios de recetas, etc. Su manipulación puede producir levemente irritaciones en la piel,

mucosas y/o tracto respiratorio superior.

La NTP 1085 establece una serie de medidas preventivas y recomendaciones. Cabe destacar aquí una que afecta al personal de forma directa como es la sustitución del tóner, a lo que la citada nota técnica expone que “la manipulación de los cartuchos de tóner debería ser llevada a cabo por personal cualificado”, así mismo “cuando exista riesgo de contacto dérmico o de inhalación de polvo de tóner como consecuencia de su manipulación, deberán emplearse guantes desechables y mascarilla” y se muestra firme en que “no se debe soplar sobre el cartucho a fin de eliminar el polvo, ya que incrementa el riesgo de exposición”, por último recomienda “consultar la ficha de datos de seguridad (FDS) del tóner suministrada por el fabricante”.

Otras de las medidas reflejadas serían:

- Garantizar una buena calidad del aire interior
- Que las impresoras y las fotocopadoras tengan filtros adecuados y se tenga en cuenta su ubicación en lugares ventilados y/o la necesidad de utilizar ventilación forzada.
- Llevar a cabo una correcta gestión de los residuos de oficina, sobre todo de en de cartuchos de tinta y de tóner.
- Asegurar un mantenimiento adecuado y periódico de los equipos

5 Discusión-Conclusión

Las emisiones de contaminantes químicos de los equipos de oficina dependen de varios factores como son el tipo de materiales que se hayan utilizado para su fabricación, su uso y su funcionamiento, entre otros.

Se podría decir, que el riesgo de exposición del auxiliar administrativo va a depender, fundamentalmente del nivel de ventilación del lugar de trabajo, de la frecuencia de uso de los equipos y de su cercanía a los mismos.

Hoy en día, el uso de nuevas tecnologías y una mayor consciencia sobre seguridad e higiene en el trabajo, mejoran las condiciones a las que está expuesto el personal durante su jornada laboral.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.iberley.es/temas/prevencion-riesgos-laborales-sector-oficinas-despachos-63619>
- 2.<https://higieneambiental.com/aire-agua-legionela/el-inhst-informa-sobre-los-contaminantes-quimicos-en-equipos-y-materiales-de-oficina>
- 3.<https://www.autoescuelasprevencion.com/2018/11/06/ntp-1085-cuidado-del-aire-interior-en-oficinas/>
- 4.<https://www.insst.es/documents/94886/2927460/Gu%C3%ADa%20t%C3%A9cnica%20para%20la%20evaluaci%C3%B3n%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20los%20riesgos%20relacionados%20con%20agentes%20qu%C3%ADmicos%202022.pdf>

Capítulo 574

FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CONTAGIOSO

ALBA ROMERO PARADA

JOSE LUIS BENITEZ LASERMA

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

MARIA DEL ROSARIO ATIENZAR PEREZ

MARIA ENGRACIA DIAZ SEGOVIA

1 Introducción

Cuando los patógenos se infiltran en el cuerpo, se multiplican y dejan lesiones atrás, lo que resulta en una infección. Además, la participación de un patógeno exógeno y vivo con una reacción orgánica transmisible constituye una enfermedad infecciosa. Hay sustancias que son contagiosas pero no transmisibles, así como sustancias que son contagiosas, pero ni causan la enfermedad a la que están destinadas o causan otra enfermedad. todas y cada una de las enfermedades.

A pesar del hecho de que no todas las enfermedades infecciosas son contagiosas, las enfermedades infecciosas lo son.

Cuando se sabe que un paciente es contagioso, debe mantenerse separado de otros pacientes para proteger tanto a los pacientes como al personal médico. Tanto clínica como microbiológicamente, la curación debe realizarse completamente. Determine el tipo de aislamiento en la puerta de la habitación como primer paso.

La atención de emergencia es un proceso de colaboración entre varios profesionales que trabajan bajo presión. El resultado depende no solo del conocimiento de estos profesionales, sino también de qué tan rápido pueden reaccionar en una situación con pocos recursos.

Además de realizar las tareas asignadas, los guardias son responsables de ejecutar la recepción del departamento de emergencias y atender a todos los visitantes. Deben estar listos para reconocer a los pacientes que exhiben síntomas de Covid-19 debido a esto.

Se pueden encontrar trabajando con los limpiadores en la entrada y salida de cualquier centro del hospital. Cuando un paciente necesita ser examinado, generalmente los recoge de su habitación y los lleva al lugar apropiado.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar un celador en casos de contagio y en pandemia en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las enfermedades infecciosas se han convertido en uno de los mayores problemas de los últimos años debido a su propensión a matar a muchas personas. Enfermedades que estaban a punto de extinguirse han regresado y han surgido un gran número de nuevas mucho más resistentes a los antibióticos.

Las fuentes de transmisión de diferentes microorganismos pueden ser en pacientes o personal médico. Para prevenir la transmisión existen numerosos protocolos y precauciones. Dado que es el primero en interactuar con los pacientes, el cuidador es un personaje crucial. Actuando con prudencia y eficacia desde el principio, podrá detener la propagación del patógeno. El asistente es responsable de la atención primaria y especializada de los pacientes ingresados en diversos

servicios de emergencia. Se debe utilizar equipo de protección personal porque esta cita se programa antes de que un profesional médico haya dado un diagnóstico al paciente y, en consecuencia, antes de que se haya determinado la gravedad de su condición.

Es necesario utilizar un conjunto completo de equipos de protección personal en caso de contacto directo con un paciente infectado con coronavirus. Para evitar la propagación de la infección, estos profesionales deben comportarse de la manera más segura y eficiente tanto para el cuidador como para el paciente infectado. Cuando las personas entran o pasan por los centros de salud, los celadores también realizan la crucial tarea humana de cuidar a los pacientes y sus familias. Los responsables sanitarios de prevención de riesgos laborales, en consulta con las autoridades sanitarias pertinentes, serán los encargados de establecer los procedimientos para la identificación, investigación y seguimiento de los casos y contactos estrechos que sean de su competencia. Los protocolos y regímenes a seguir en cada situación serán decididos por las comunidades y ciudades autónomas.

En la atención y el ingreso de un paciente, contagioso o no, el asistente, que no es considerado trabajador sanitario, es un eslabón crucial.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el celador es responsable de las tareas de movilización, limpieza e higiene de los pacientes durante una infección o pandemia.

En virtud de sus funciones, el cuidador es un trabajador que se desplaza por el hospital desempeñando sus funciones mientras interactúa con una variedad de pacientes.

Antes de comenzar a trabajar, se deben cubrir las heridas de la piel para prevenir infecciones y detener cualquier cosa que pueda propagar enfermedades.

Son medidas estrictas destinadas a prevenir el desarrollo de lesiones provocadas por accidentes de trabajo, especialmente si se trata de objetos o herramientas contaminados.

Los objetos punzantes como bisturíes, agujas y cuchillas siempre deben desecharse con extrema precaución y cuidado, y en un recipiente o contenedor duro.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-paciente-contagioso/>.

2. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#marc04.

Capítulo 575

LA SALUD MENTAL Y EL EL ESTRÉS LABORAL EN EL CELADOR

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

Dentro del entorno de la actividad asistencial de los profesionales del ámbito sanitario, uno de los factores de riesgo importantes a los que se ven sometidos es al estrés laboral.

El estrés laboral forma parte de los denominados como riesgos psicosociales a los que se haya sometido un profesional sanitario, y surge fruto de la propia dinámica laboral debido a diferentes factores. El estrés laboral es un factor a tener en cuenta por sus posibles consecuencias que pueden desarrollarse a corto y largo plazo y que pueden suponer una merma de los recursos humanos de una unidad sanitaria. A corto plazo, el estrés y agotamiento laboral causa una merma en la capacidad productiva del trabajador, que puede suponer una disminución en la calidad del servicio asistencial, así como un aumento del riesgo de accidentes laborales. A la larga, una situación prolongada de estrés laboral y agotamiento puede devenir en cuadros clínicos de diversa gravedad como la ansiedad o la depresión, pudiendo causar, en definitiva, la baja del profesional víctima de esta condición. En este artículo se hará una breve revisión de los factores desencadenantes de estrés laboral, así como medidas preventivas para reducir o evitar la carga psicológica derivada de la propia actividad asistencial.

2 Objetivos

Proporcionar una aproximación a los riesgos psicosociales que afectan al profesional sanitario, sus causas, y posibles actuaciones preventivas frente a los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se puede definir el estrés laboral como una condición psicosocial adversa o desfavorable fruto de la exposición a riesgos psicosociales que provocan una respuesta física y emocional.

Mientras que una situación estresante puede ser similar para dos individuos, la percepción y respuesta de los mismos ante dicha situación también condiciona la posibilidad de aparición de situaciones de sobrecarga psicológica ante el estrés laboral, así pues, los factores condicionantes del estrés laboral se pueden agrupar en dos grandes tipos: factores personales, y factores propios del puesto de trabajo.

Dentro de los factores propios del puesto de trabajo se podrían agrupar:

- Factores ergonómicos: incluyen todos los factores relacionados con la comodidad en el puesto de trabajo (incluirían una iluminación agradable, colores alegres, temperatura y humedad agradable, poco ruido, etc.).
- Diseño de la jornada laboral: incluye el horario de trabajo, distribución de turnos, o nocturnidad, la cual afecta al ritmo circadiano.
- Carga de trabajo: considerándose el aspecto cuantitativo, como cualitativo (demanda de calidad y expectativa de resultados) así como necesidades de actualización de conocimientos.
- Necesidad de actualización de competencias.
- Perspectivas laborales: en este aspecto se pueden incluir tanto factores positivos motivadores como la posibilidad de promoción y mejora en el puesto de trabajo, como factores negativos desmotivadores como la inestabilidad laboral.

- Relaciones sociolaborales: incluiría las relaciones sociales dentro del trabajo, tanto con sus compañeros, como con sus superiores, posibles subordinados, y con los pacientes. Un ambiente sociolaboral negativo puede ser una importante fuente de efectos perniciosos a nivel psicológico para el trabajador.
- Organización de la institución: elementos como la autonomía del trabajador, organización, etc.

Dentro de los factores inherentes al trabajador se podrían destacar:

- Factores biológicos y demográficos: se ha demostrado una cierta correlación positiva entre la edad y los niveles de estrés laboral, aunque, dentro de ese mismo rango, debido a la experiencia, estos trabajadores tienen una mayor capacidad de respuesta frente a situaciones estresantes, igualmente, los niveles de estrés laboral parecen ser superiores en trabajadores casados o emparejados que en solteros, probablemente por las dificultades de ligar la vida familiar con las exigencias laborales.
- Factores afectivos: determinados patrones de conducta caracterizados por mayor impulsividad, competitividad, hostilidad o agresividad, tendencias neuroticistas o ansiosas o la necesidad de control situacional son más tendentes a sufrir un mayor riesgo de sobrecarga psicológica por estrés laboral.

Como resultado de la exposición al estrés laboral, la persona puede ver socavada su capacidad productiva por desmotivación, agotamiento, produciéndose también síntomas físicos como la cefalea o trastornos gastrointestinales, alteraciones afectivas y relacionales hacia sus compañeros o pacientes, e incluso problemas sociales y familiares fuera del ambiente laboral, a este cuadro, se le conoce como síndrome de burnout. A la larga, este cuadro puede dar lugar no solo a una pérdida en la calidad del servicio, sino también a bajas que pueden alargarse si el cuadro se complica con cuadros como ansiedad o depresión.

Como estrategia para poder abordar y controlar el posible estrés laboral, se enumeran una serie de medidas a aplicar desde el ámbito personal así como a nivel del centro de trabajo.

Focalizadas en el centro de trabajo:

- Mejora de las condiciones ambientales del trabajo: consistirían en conseguir un ambiente de trabajo lo más ergonómico posible, controlando los niveles de iluminación, humedad, temperatura, etc.
- Mejora en la jornada laboral: se buscaría una mayor flexibilidad horaria para respetar lo máximo posible el descanso y los ritmos circadianos.

- Proyectar al trabajador la importancia de su desempeño para el sistema, y su importancia como trabajador para el centro.
- Establecer una estructura organizativa con competencias claramente definidas.
- Establecer un sistema de incentivos laborales, y la capacidad de desarrollo y evolución profesional del trabajador en el sistema.
- Establecer problemas de formación y actualización de competencias del trabajador.
- Potenciar la autonomía y participación del trabajador.
- Promover desde la dirección el respeto buen ambiente entre trabajadores, así como sistemas de detección y lucha contra el mobbing laboral.

A nivel específico del trabajador, destacaría el apoyo psicológico, siendo recomendable la adquisición de técnicas de manejo y control del estrés y la ansiedad. Algunas técnicas útiles para luchar contra el estrés laboral serían:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de adquisición de estrategias de respuesta, tales como las técnicas de resolución de problemas, métodos de mejora en habilidades sociales, mejora de la capacidad de negociación o la asertividad.

5 Discusión-Conclusión

El aspecto psicológico del ambiente laboral es uno de los elementos más importante que puede condicionar el buen desempeño de la actividad profesional. Debido a su naturaleza, el entorno laboral sanitario está sometido a numerosas situaciones comprometidas que exigen mucho a los diferentes profesionales del sector. Dentro de estos ámbitos profesionales, el del celador, al ser un trabajo expuesto al trato con el público, puede ser objeto de situaciones tensas y estresantes al deber tratar con pacientes y familiares en situaciones desfavorables, lo cual, si las adecuadas capacidades de manejo del estrés y la tensión propias de la actividad laboral, pueden ir socavando la resistencia del trabajador, pudiendo provocar la merma de su capacidad de desempeño, o incluso caer en cuadros ansiosos o depresivos que puedan dar lugar a la baja del trabajador, y la merma del propio servicio.

Es, por tanto, de capital importancia promover medidas para conseguir un ambiente laboral lo menos estresante posible, tanto a nivel ambiental, como organizativo y social, así como dotar a los trabajadores de herramientas para poder responder ante las situaciones estresantes del día a día de forma adecuada.

6 Bibliografía

- Bernaldo de Quirós, M., & J. Labrador, F. (2008). https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132659/APCS_4_esp_53-61.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
Anuario de psicología Clínica y de la Salud, 4, 53-61. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132659/APCS_4_esp_53-61.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Egs, F. (n.d.). Campus Virtual. <https://campusformacion.net/nuevocampus/contenidos.php#contenidoscursos>
- Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. (n.d.). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02775118>
- Martín, J. I. A., Cano, A. B., & Pérez, S. Q. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Medicina Y Seguridad Del Trabajo, 59(231), 259–275. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2013000200006>
- Resultados búsqueda textual - Portal INSST - INSST. (n.d.). Portal INSST. <https://www.insst.es/resultados-busqueda-textual?q=estres+laboral#gsc.tab=0&gsc.q=estres%20laboral&gsc.page=1>
- Rio, C., Rivera, M., Rueda, C., Serrano, M.D. y Villalta, I. (2015). Burnout en relación con el equipo de celadores del Hospital Virgen de las Nieves. ReiDoCrea, 4, 144-150.

Capítulo 576

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SECCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos en un hospital de salud está orientada y dirigida en la autonomía de la gestión de los servicios y de las instituciones sanitarias, dentro de la sección de consultas externas.

Dentro de las personas que trabajan en los hospitales como personal No sanitario, se encuadra en el grupo de personal de gestión y servicios que trabajan los auxiliares administrativos.

Los auxiliares administrativos que trabajan en los hospitales realizan diferentes funciones, dependiendo del área en el que realizan su trabajo: Admisión y Citaciones, Atención al Paciente, Gestión de Documentación clínica, Recursos Humanos, Personal, Almacén, y en general organización de su puesto de trabajo; y se encargan de dar apoyo material y de desarrollo en las tareas administrativas y asistenciales del hospital.

Las consultas externas del hospital, son la parte de la atención especializada, a la que acuden los pacientes que bien son derivados de atención primaria por los médicos de cabecera o por petición de los especialistas del hospital.

Los auxiliares administrativos en el servicio de consultas externas realizan funciones de:

- Admisión del paciente a las diversas consultas
- Registro de los pacientes a los programas informáticos.
- Petición de pruebas complementarias.
- Citación próximas citas.
- Y en general organización de su puesto de trabajo.

También atienden al público de manera presencial y telefónicamente; y organizan y tramitan expedientes.

2 Objetivos

- Explicar y exponer las tareas que realizan los auxiliares administrativos en la sección de consultas externas en atención especializada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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 auxiliares administrativos realizan, entre tantas, las siguientes funciones: Dar la información necesaria a los usuarios y pacientes sobre la situación de sus citas, también de compulsar sus datos personales, mediante el proceso de la entrega de la tarjeta sanitaria individual.

Para acceder al servicio de consultas externas, es necesario disponer de una cita previa, que será facilitada desde el centro de salud correspondiente, si es una primera visita, o desde el Hospital, si es una consulta de revisión o petición de pruebas complementarias, tac, analíticas, radiografías.

La atención al usuario, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación, la gestión de las citas, digitalización de documentos, entre muchas funciones más, son funciones de los auxiliares administrativos en Sanidad.

Las principales tareas del auxiliar administrativo en el área de consultas externas de atención especializada de un hospital, entre otras, son:

- Atención presencial al usuario o paciente, para asignación de citas o pruebas complementarias.
- Atención telefónica para la gestión de citas.
- Organización de las agendas del equipo.
- Organización del puesto de trabajo.
- Digitalización de las pruebas realizadas para incluirlas a la historia clínica del paciente.

Es importante que las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en Consultas Externas sean realizadas en colaboración y coordinación con el equipo sanitario: especialistas, enfermeras, ...

La atención a los usuarios o pacientes debe realizarse de manera eficaz, y adaptada a las necesidades, mostrando un trato excelente y profesional.

- Son los encargados de dar la información necesaria a los usuarios y pacientes sobre la situación de sus citas además de sus datos personales
- La atención telefónica tanto para la gestión de citas como para todo tipo de consultas
- Registro del paciente en el programa informático.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeñan los auxiliares administrativos en Consultas Externas de un Hospital son necesarias, ya que se encargan de la gestión de las citas en coordinación y colaboración con el equipo médico. Su trabajo contribuye al buen funcionamiento del Hospital.

Los auxiliares administrativos en el servicio de las instituciones sanitarias, debe ser profesionales, formales, sensatos, competentes, y conscientes para observar y escuchar a los pacientes con el mayor agrado, empatía, ya que debido a diferentes situaciones pueden venir sobresaltados, por lo que es importante el buen trato hacia ellos.

El trabajo que desempeñan los auxiliares administrativos debe garantizar la calidad y la buena gestión del servicio sanitario que se ofrece a los usuarios o pacientes.

6 Bibliografía

- 1 Auxiliar administrativo/a área consultas externas de atención especializada.
<https://www.portalento.es>
candidatos ofertasDetalleauxiliar administrativoa area consultas externas
- 2 <https://auxiliares-administrativos-trabajo-hospital.revistamedica.com>
- 3 El Auxiliar Administrativo en las Consultas Externas de un hospital <https://congresosicepa.com/administrativo-consultas-externas/>
- 4 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO <https://www.formacionalcala.com>
articulos/113/funciones del auxiliar administrativo sanitario
- 5 Hospital del trabajador. La importancia de la ergonomía en el trabajo. <https://www.hospitaldeltrabajador.cl/detalle-noticia/2019/ergonomia#:~:text=La%20importancia%20de%20la%20ergonom%C3%ADa%20en%20el%20trabajo,La%20importancia%20de%20la%20ergonom%C3%ADa%20en%20el%20trabajo>
- 6 Revista médica.com

Capítulo 577

ATENCIÓN A PACIENTES, PROGRAMACIÓN DE CITAS Y ADMINISTRACIÓN DE LA RECEPCIÓN POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARILINI DELGADO MEJIA

LORENA DUARTE SÁNCHEZ

JORGE VARELA GUERRA

YAMILA MOHAMED MOHAMED

MARÍA DOLORES VARGAS MELLADO

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica y la gestión de consultorios, el papel del auxiliar administrativo es esencial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una experiencia positiva para los pacientes. La atención a pacientes no solo se trata de brindar servicios médicos de calidad, sino también de crear un ambiente acogedor y organizado desde el momento en que ingresan a la instalación médica. Una parte fundamental de este proceso es la programación de citas, que requiere una coordinación precisa para optimizar el tiempo tanto del personal médico como de los pacientes. Además, la administración de la recepción abarca aspectos como la gestión de registros, la atención telefónica y la resolución de problemas que puedan surgir en el día a día.

Exploraremos la función vital que desempeña el auxiliar administrativo en la atención a pacientes y la programación de citas, así como su papel en la gestión eficiente de la recepción. Desde la interacción inicial con los pacientes hasta la organización de horarios y la gestión de datos, el auxiliar administrativo desempeña un papel multifacético que requiere habilidades de comunicación, organización y empatía. A lo largo de este contenido, analizaremos las mejores prácticas en la programación de citas para maximizar la disponibilidad de los médicos y reducir los tiempos de espera para los pacientes. También examinaremos cómo el auxiliar administrativo puede mantener un ambiente receptivo y profesional en la recepción, lo que contribuye significativamente a la satisfacción general de los pacientes y al funcionamiento sin problemas de la clínica u consultorio.

El auxiliar administrativo es un componente esencial en la atención médica moderna, desempeñando un papel crucial en la programación de citas y en la administración de la recepción. Su capacidad para equilibrar la eficiencia operativa con un enfoque centrado en el paciente garantiza una experiencia de atención integral y satisfactoria para todos los involucrados. A lo largo de este material, exploraremos las habilidades y responsabilidades clave necesarias para llevar a cabo estas tareas de manera exitosa, contribuyendo así al éxito general de la práctica médica.

2 Objetivos

- Proporcionar al lector una comprensión clara y completa de las responsabilidades y funciones del auxiliar administrativo en un entorno médico.
- Visualizar la importancia de la atención al paciente no solo desde una perspectiva médica, sino también desde la gestión administrativa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la atención a pacientes, la programación de citas y la administración de la recepción en entornos médicos y de atención médica. Aquí tienes algunos resultados y responsabilidades típicas de un auxiliar administrativo en este contexto:

1. Atención a Pacientes:

- Saludar a los pacientes de manera cordial y profesional.
- Proporcionar información básica sobre los servicios médicos y las políticas de la clínica u hospital.
- Ayudar a los pacientes a completar formularios y cuestionarios médicos.
- Canalizar preguntas o inquietudes de los pacientes al personal médico o de enfermería adecuado.
- Mantener un ambiente de recepción limpio y ordenado.

2. Programación de Citas:

- Coordinar y programar citas médicas para pacientes utilizando sistemas de programación de citas electrónicas o manuales.
- Verificar la disponibilidad de médicos y especialistas.
- Recordar a los pacientes sobre sus citas programadas a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto.
- Reorganizar citas cuando sea necesario debido a emergencias médicas o cambios en la disponibilidad del personal médico.

3. Administración de la Recepción:

- Gestionar y mantener registros de pacientes, incluyendo información personal y médica.
- Procesar la información de seguros médicos y gestionar los reclamos de seguros.
- Gestionar el flujo de pacientes en la recepción para minimizar los tiempos de espera.
- Manejar llamadas telefónicas entrantes, responder preguntas generales y dirigir llamadas a los departamentos adecuados.
- Mantener el inventario de suministros de oficina y realizar pedidos cuando sea necesario.

Además de estas responsabilidades, un auxiliar administrativo en el campo de la atención médica también puede desempeñar funciones adicionales según las necesidades de la clínica u hospital en particular. La comunicación efectiva, la

capacidad para mantener la confidencialidad de la información del paciente y la atención meticulosa a los detalles son habilidades esenciales en este rol.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel multifacético y crucial en el entorno de atención médica. Su labor abarca desde recibir y orientar a los pacientes hasta gestionar la programación de citas y administrar la recepción. La eficiencia en la coordinación de citas, la organización de la recepción y la comunicación efectiva con pacientes y personal médico son componentes esenciales de su trabajo. Además, su habilidad para manejar la tecnología y mantener un enfoque sensible y profesional en todas las interacciones contribuye en gran medida a una experiencia positiva para los pacientes y a la operación fluida de la institución médica.

6 Bibliografía

1. "Manual de Recepción en Clínicas y Hospitales" por María José Beltrán Pérez.
2. "Gestión Administrativa para el Auxiliar de Clínica" por Susana Pérez Pérez.
3. "Administración de Consultorios y Clínicas" por María Elena Rosales Díaz.
4. "La Recepción en el Área de Consultas Externas Hospitalarias" por María Isabel Sánchez Pantoja.
5. "Secretariado Médico y Atención al Paciente" por Equipo Paraninfo.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
7. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
8. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 578

DOMINANDO LA FACTURACIÓN MÉDICA: CONSEJOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

1 Introducción

La facturación médica surge como un componente esencial para el funcionamiento óptimo de las instituciones y la prestación efectiva de servicios médicos. En este contexto, los profesionales en roles de auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial al asumir la responsabilidad de navegar por el intrincado laberinto de códigos, seguros, documentación legal y procedimientos de facturación.

El presente trabajo, titulado "Dominando la Facturación Médica: Consejos para el Auxiliar Administrativo", se propone como un compendio exhaustivo diseñado con el propósito de capacitar y facultar a estos individuos en la optimización de los procesos relacionados con la facturación médica. En una labor que demanda

precisión, meticulosidad y actualización constante, esta investigación se erige como una herramienta fundamental para abordar los desafíos inherentes a este campo dinámico y de vital importancia.

A lo largo de las siguientes secciones, exploraremos las diversas etapas del proceso de facturación médica, desde la recolección y validación de datos hasta la presentación de reclamaciones y la resolución de posibles disputas. Asimismo, se analizarán aspectos fundamentales de la legislación y regulaciones pertinentes, junto con las prácticas recomendadas que aseguren la exactitud y la integridad de los registros financieros en el ámbito médico. Además, se proporcionarán pautas concretas para la utilización efectiva de herramientas tecnológicas y sistemas de gestión que agilicen y perfeccionen el proceso de facturación.

2 Objetivos

Proporcionar un conocimiento profundo y especializado en el ámbito de la facturación médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 facturación médica es un proceso crucial en la administración de un centro de atención médica. Implica la generación y envío de facturas a pacientes y compañías de seguros por los servicios médicos prestados. El auxiliar administrativo en el ámbito de la facturación médica desempeña un papel fundamental en este proceso. Aquí hay algunas responsabilidades generales y específicas asociadas con este campo:

Responsabilidades Generales:

1. ****Procesamiento de Reclamaciones:**** El auxiliar administrativo se encarga de

preparar y presentar las reclamaciones de servicios médicos a las compañías de seguros. Esto implica verificar que la información sea precisa y completa antes de enviarla.

2. **Codificación Médica:** Los procedimientos y diagnósticos médicos deben ser codificados correctamente para facturación y reembolso. El auxiliar administrativo puede colaborar con los profesionales de la salud para asegurarse de que la codificación sea precisa.

3. **Seguimiento de Pagos:** Es responsabilidad del auxiliar administrativo rastrear los pagos realizados por las compañías de seguros y los pacientes. Si hay pagos pendientes, deben investigar y resolver cualquier problema que pueda estar retrasando el pago.

4. **Atención al Cliente:** El auxiliar administrativo puede interactuar con pacientes y aseguradoras para responder preguntas sobre facturación, explicar los procedimientos de pago y ayudar a resolver problemas relacionados con las facturas.

5. **Mantenimiento de Registros:** Es fundamental mantener registros precisos de todas las transacciones y reclamaciones presentadas. Esto es importante tanto para el seguimiento financiero como para cumplir con las regulaciones y normativas.

Responsabilidades Específicas:

1. **Verificación de Seguros:** Antes de la prestación de servicios médicos, el auxiliar administrativo puede verificar la elegibilidad y la cobertura del paciente con su compañía de seguros para asegurarse de que estén cubiertos.

2. **Cobro de Pagos:** Si los pacientes tienen copagos o deducibles, el auxiliar administrativo puede cobrar estos pagos en el momento de la visita o después de los servicios prestados.

3. **Resolución de Discrepancias:** Si hay discrepancias entre las facturas y los pagos recibidos, el auxiliar administrativo investiga y resuelve estos problemas para garantizar una contabilidad precisa.

4. **Actualización de Códigos y Regulaciones:** El campo de facturación médica está sujeto a cambios en los códigos y regulaciones. El auxiliar administrativo debe mantenerse actualizado sobre estos cambios para asegurarse de que las

reclamaciones cumplan con los requisitos actuales.

5. ****Colaboración con el Equipo de Salud:**** El auxiliar administrativo trabaja en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para asegurarse de que la documentación médica sea completa y precisa para la facturación.

Estas son solo algunas de las responsabilidades generales y específicas de un auxiliar administrativo en el campo de la facturación médica. Las responsabilidades pueden variar según el tamaño y la estructura de la organización de atención médica, así como las regulaciones específicas del país o región.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusion, el papel del auxiliar administrativo en el campo de la facturación médica es esencial para garantizar una gestión financiera eficiente y precisa en las organizaciones de atención médica. Sus responsabilidades abarcan desde la preparación y presentación de reclamaciones hasta el seguimiento de los pagos y la resolución de problemas relacionados con la facturación. Algunas de las conclusiones clave son:

1. ****Importancia Financiera:**** La facturación médica es crucial para la sostenibilidad financiera de las instituciones de atención médica, ya que asegura que los servicios prestados se traduzcan en ingresos adecuados para mantener la operación y la calidad de la atención.
2. ****Exactitud y Cumplimiento:**** La precisión en la codificación médica y en la documentación de los procedimientos y diagnósticos es esencial para evitar errores en las facturas y cumplir con las regulaciones y normativas establecidas por las compañías de seguros y las agencias gubernamentales.
3. ****Colaboración Interdisciplinaria:**** Los auxiliares administrativos trabajan en conjunto con profesionales de la salud, así como con compañías de seguros y pacientes. Esta colaboración es fundamental para garantizar una facturación precisa y una comunicación efectiva.
4. ****Actualización Continua:**** Dado que el campo de la facturación médica está sujeto a cambios en códigos, regulaciones y tecnologías, es esencial que los auxiliares administrativos se mantengan actualizados para cumplir con los estándares actuales y aprovechar las mejores prácticas.

5. ****Servicio al Cliente:**** La interacción con pacientes y aseguradoras requiere habilidades de servicio al cliente. Los auxiliares administrativos deben ser capaces de responder preguntas, resolver problemas y proporcionar claridad en relación con las facturas y los procedimientos de pago.

6. ****Responsabilidad y Organización:**** La responsabilidad de mantener registros precisos y seguir los procesos establecidos es fundamental para evitar problemas financieros y legales. La organización y la atención a los detalles son habilidades esenciales para este rol.

6 Bibliografía

1. "Administración y Control de los Sistemas de Información en Salud" por José J. Aguirre Maldonado.
2. "Gestión Administrativa en Instituciones de Salud" por Mauricio Saravia Toro.
3. "Manual de Facturación para el Auxiliar Administrativo en Salud" por Teresa Valero.
4. "Facturación Médica Simplificada" por Lisa Worthey Smith.
5. "Manual de Reclamaciones y Cobranzas en Salud" por Liliana Rodríguez.
6. "Gestión en Servicios de Salud" por Pedro Pablo Coto Valerio.

Capítulo 579

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELLO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

1 Introducción

El entorno de la atención médica demanda una maquinaria administrativa precisa y eficiente que respalde la atención de pacientes en situaciones de urgencia. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo en urgencias hospitalarias emerge como un pilar fundamental en la estructura operativa de los servicios médicos de emergencia. Su labor va más allá de la mera gestión de documentos, abarcando una serie de responsabilidades cruciales que contribuyen directamente a la calidad de la atención brindada.

El auxiliar administrativo en urgencias actúa como un nexo vital entre el personal médico, los pacientes y la administración hospitalaria. Desde la recepción y registro de pacientes hasta la organización de la documentación médica y la coordinación de la logística interna, este profesional desempeña un papel esencial en la gestión de los procesos que permiten el flujo eficiente de pacientes a lo largo del departamento de urgencias.

Una de las características más distintivas de este rol es su capacidad para mantener la calma y la eficiencia en momentos de alta presión. En situaciones críticas, cuando cada segundo cuenta, el auxiliar administrativo en urgencias debe ser capaz de priorizar tareas, tomar decisiones rápidas y precisas, y comunicar de manera efectiva con los equipos médicos y los pacientes. Su habilidad para manejar estas circunstancias de manera profesional y empática contribuye directamente a la experiencia del paciente y a la coordinación efectiva del personal médico.

Las aptitudes requeridas para ser un auxiliar administrativo en urgencias abarcan desde habilidades de organización y manejo de documentos, hasta destrezas interpersonales excepcionales. La capacidad para mantener la confidencialidad de la información médica, comunicarse de manera efectiva tanto con el personal médico como con los pacientes, y tener un sólido entendimiento de los procedimientos médicos y administrativos, son todas habilidades esenciales para este rol.

2 Objetivos

-Exponer las funciones y aptitudes del auxiliar administrativo 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 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 en Urgencias Hospitalarias desempeña un papel crucial en el funcionamiento eficiente de una unidad de urgencias en un hospital. Algunas de las responsabilidades y tareas asociadas con este puesto podrían incluir:

1. ****Recepción y Registro:**** Gestionar la entrada de pacientes a la unidad de urgencias, verificar la información personal y médica, y asegurarse de que se complete la documentación necesaria.
2. ****Atención Telefónica:**** Contestar llamadas telefónicas, proporcionar información básica a los pacientes y sus familias, así como coordinar la comunicación entre el personal médico y los familiares.
3. ****Coordinación de Citas y Turnos:**** Ayudar en la programación de citas para pacientes, coordinando los horarios de los médicos y el personal de enfermería, y asegurando una distribución adecuada de los pacientes a lo largo del día.
4. ****Gestión de Documentación:**** Mantener registros actualizados de pacientes, incluyendo historiales médicos, diagnósticos, tratamientos y otros datos relevantes.
5. ****Colaboración con el Personal Médico:**** Trabajar en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar que la información administrativa esté disponible y actualizada para la atención adecuada de los pacientes.
6. ****Manejo de Pagos y Facturación:**** Ayudar en la facturación de servicios médicos, procesar pagos y trabajar con los departamentos financieros para garantizar una facturación precisa.
7. ****Gestión de Suministros:**** Mantener inventarios de suministros médicos y equipos en la unidad de urgencias, solicitando nuevos suministros según sea necesario.
8. ****Confidencialidad y Ética:**** Mantener la confidencialidad de la información del paciente y cumplir con los estándares éticos y de privacidad en la gestión de la información.
9. ****Resolución de Problemas:**** Manejar situaciones difíciles, como pacientes angustiados o situaciones urgentes, con calma y profesionalismo.
10. ****Coordinación con Otras Áreas:**** Trabajar en colaboración con otros departamentos hospitalarios, como el departamento de admisiones, laboratorio y radiología, para garantizar una atención integral y fluida.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del Auxiliar Administrativo en Urgencias Hospitalarias es una parte integral y fundamental de la operación fluida y efectiva de los servicios de urgencias en entornos hospitalarios. Estos profesionales desempeñan una variedad de funciones esenciales que van más allá de simplemente llevar a cabo tareas administrativas básicas. Su influencia se extiende a todas las fases del proceso de atención médica en situaciones críticas, desempeñando un papel crucial en la gestión eficiente de la información, la colaboración interdepartamental y el bienestar general de los pacientes.

Desde la recepción y registro inicial de los pacientes hasta la coordinación de citas y turnos médicos, los Auxiliares Administrativos en Urgencias Hospitalarias actúan como el nexo entre los pacientes, sus familias y el personal médico. Al asegurarse de que la información personal y médica se registre y se mantenga actualizada de manera precisa, contribuyen significativamente a la prestación de una atención médica informada y oportuna.

Además de sus responsabilidades administrativas, estos profesionales desempeñan un papel vital en la gestión de suministros médicos y equipos en la unidad de urgencias. Mantener un inventario adecuado de suministros es crucial para garantizar que los médicos y las enfermeras tengan acceso a los recursos necesarios para brindar atención médica de alta calidad en todo momento.

La coordinación fluida entre el personal médico y otros departamentos hospitalarios también cae en el ámbito de los Auxiliares Administrativos en Urgencias. Colaboran con médicos, enfermeras, laboratorios y otros servicios para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y los servicios requeridos de manera coherente y eficiente.

Además de sus habilidades técnicas, los Auxiliares Administrativos en Urgencias Hospitalarias deben mantener una actitud profesional y empática, especialmente cuando se enfrentan a pacientes y familiares que pueden estar emocionalmente afectados. La capacidad de manejar situaciones tensas y resolver problemas con calma y comprensión es un rasgo esencial para tener éxito en este rol.

6 Bibliografía

- "Administración de Servicios de Enfermería" por Linda A. LaCharity.
- "Gestión de Servicios en Enfermería" por Ellen F. Olshansky.

"Urgencias y Emergencias en el Hospital" por Ramón Jodar Solà.

"Urgencias y Emergencias" por Jesús Sánchez Sánchez.

Capítulo 580

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN QUIRÓFANO

BELÉN LOSA MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER VAELO PAÑOS

TERESA BLANCO ROMERO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ UTRILLA

MARIA DEL MAR PALENCIA RICO

1 Introducción

En el complejo y altamente especializado entorno quirúrgico, la actuación del auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental para asegurar un funcionamiento eficiente y coordinado. El quirófano es un espacio donde convergen múltiples factores, desde la precisión técnica requerida para los procedimientos médicos hasta la organización de recursos humanos, insumos y tecnología de vanguardia. En este contexto, el auxiliar administrativo se convierte en un eslabón esencial que conecta los aspectos administrativos y operativos, contribuyendo de manera significativa al bienestar de los pacientes y al éxito de los procedimientos. La labor del auxiliar administrativo en el quirófano abarca diversas áreas críticas. En primer lugar, se encarga de la gestión de los recursos necesarios para el desarrollo de las intervenciones quirúrgicas. Esto implica coordinar la disponibilidad de instrumentos médicos, equipos de diagnóstico por imagen, material quirúrgico y suministros esenciales. Además, el auxiliar administrativo juega un papel

central en la programación de cirugías, asegurando que los tiempos se asignen adecuadamente y que los equipos médicos estén debidamente informados sobre la agenda quirúrgica del día.

La comunicación efectiva es otro aspecto crucial en la actuación del auxiliar administrativo en quirófano. Este profesional actúa como un punto de contacto entre los equipos médicos y las áreas administrativas, transmitiendo información vital sobre los pacientes, los procedimientos planificados y cualquier cambio que pueda surgir. Asimismo, colabora en la coordinación de los registros médicos y la documentación requerida para cada cirugía, asegurando la trazabilidad y el cumplimiento normativo.

En el ámbito de la gestión de pacientes, el auxiliar administrativo contribuye a facilitar el proceso de admisión y alta de los pacientes quirúrgicos. Esto involucra la revisión de historiales clínicos, la verificación de la documentación necesaria, la preparación de consentimientos informados y la colaboración en la preparación previa a la cirugía, como ayuno y medidas de higiene.

2 Objetivos

- Exponer la actuación del auxiliar administrativo en quirófano, así como los objetivos a conseguir con dichas actuaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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 actuación del auxiliar administrativo en un entorno quirúrgico es esencial para garantizar que los procesos operativos y administrativos se lleven a cabo de manera efectiva. Entre sus objetivos se destacan:

- Facilitar la coordinación entre los equipos médicos, quirúrgicos y administrativos para asegurar que los recursos estén disponibles en el momento adecuado y que los procedimientos se desarrollen sin contratiempos.

- Asegurar que los recursos materiales, como instrumentos médicos, equipos de diagnóstico y suministros quirúrgicos, estén disponibles y sean apropiadamente utilizados en cada cirugía.
- Actuar como punto de enlace entre los equipos médicos y los departamentos administrativos, asegurando que la información crítica se transmita de manera oportuna y precisa.

Algunas de las tareas y responsabilidades que podrían ser parte del rol del auxiliar administrativo en quirófano incluyen:

1. Gestión de registros: Mantener y actualizar los registros médicos y administrativos de los pacientes que serán sometidos a cirugía, asegurándose de que la documentación esté completa y precisa.
2. Coordinación: Colaborar con el personal médico y de enfermería para programar cirugías, asignar salas de operaciones y asegurarse de que los recursos necesarios estén disponibles.
3. Preparación: Asegurarse de que el quirófano esté listo para la cirugía, incluyendo la disponibilidad de suministros médicos, equipos y materiales quirúrgicos necesarios.
4. Comunicación: Mantener una comunicación fluida entre el personal médico, de enfermería y administrativo para garantizar que todos estén informados sobre los horarios de cirugía y cualquier cambio.
5. Documentación: Registrar y archivar adecuadamente los registros de cirugías, informes médicos y otros documentos importantes en cumplimiento de las regulaciones y políticas establecidas.
6. Facturación y seguros: Ayudar en la preparación de facturas y documentos relacionados con la facturación de los servicios médicos proporcionados durante las cirugías. Puede implicar la coordinación con compañías de seguros y pacientes.
7. Atención al paciente: Brindar apoyo administrativo a los pacientes y sus familias, respondiendo a sus preguntas y proporcionando información sobre el proceso quirúrgico y los requisitos administrativos.
8. Mantenimiento del equipo: Colaborar con el personal de mantenimiento para asegurarse de que el equipo y los dispositivos médicos en el quirófano estén en buenas condiciones de funcionamiento.
9. Cumplimiento normativo: Asegurarse de que todas las actividades se realicen en cumplimiento de las regulaciones y políticas de salud y seguridad establecidas.
10. Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información del paciente y asegurarse de que se sigan las políticas de privacidad y protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que el papel del auxiliar administrativo en el entorno quirúrgico desempeña una función fundamental para garantizar que las operaciones se desarrollen sin contratiempos. Su labor abarca desde la gestión de registros y la coordinación de recursos hasta la comunicación efectiva entre el personal médico y administrativo. Además, también se encargan de mantener la documentación precisa, apoyar en la facturación y atención a pacientes, y asegurar el cumplimiento normativo y la confidencialidad de la información. Esta posición es esencial para lograr una atención quirúrgica eficiente y segura, respaldando así el bienestar tanto de los pacientes como del equipo médico involucrado.

6 Bibliografía

1. Manual de Gestión de Quirófanos. Por Francisco José Blanco García.
2. Organización y Gestión de los Recursos en el Quirófano. Por Mercedes Galindo Puerta.

Capítulo 581

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

MARÍA DEL RIVERO ARTIME

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que las personas son conscientes de sus capacidades, pueden hacer frente a las tensiones normales de la vida, pueden trabajar productivamente y pueden contribuir a sus comunidades. La OMS (Organización Mundial de la Salud) definió la salud en 1948 como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental está incluida en este concepto.

La psiquiatría es la rama de la medicina que tiene como finalidad el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, de personalidad y conducta e intenta tratar ciertas variantes psicológicas que no son normales como las psicosis y las neurosis.

En el grupo de las neurosis encontramos los estados más conocidos hoy en día como son: la depresión, la ansiedad, la disociación, los trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de burnout, el síndrome de pánico, etc.

En la sociedad en la que nos encontramos actualmente, vemos cada día más personas con problemas mentales, por lo que cada vez se intenta concienciar a la sociedad de que es algo que se tiene muy normalizado cuando en realidad no debería ser así, y que hay que saber detectar y prevenir a tiempo para poder tratarlo lo antes posible.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo es conocer las funciones principales que tienen los celadores en los servicios de psiquiatría y el trato directo que tienen con 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

Las Unidades de Psiquiatría son aquellas unidades de atención a la salud mental a nivel hospitalario. La figura del celador en estas unidades es muy importante, puesto que suponen un gran apoyo al servicio de enfermería. Además, Las funciones del celador son muy variadas y se rigen por el protocolo de actuación y normas de régimen interno. Entre ellas destacan:

- El celador es el encargado de la vigilancia de la puerta de acceso, controlando las entradas y salidas de la institución.
 - vigila de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
 - Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.
 - Cuida del entorno del paciente, cuida que tenga una luz adecuada en la habitación levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche y que no tengan excesivo ruido.
 - Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
 - Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Otro aspecto importante a tener en cuenta en estas unidades especiales, es que los profesionales, en este caso, el celador, debe seguir unas normas generales de actuación ante un paciente agitado o agresivo:
- Deberá avisar a la enfermera de inmediato ante cualquier signo de agitación.
 - Separar a los pacientes emocionales de otros pacientes

- Hablar en voz baja para Mantener la seguridad de los pacientes y de los sanos y no sanos.
- La imagen del celador en una unidad de salud mental es muy relevante y es muy importante tener mucho respeto y compasión por el paciente.
- El celador debe tener una actitud positiva, ganarse la confianza del paciente, saber escuchar, no poder amenazar en ningún momento, lo importante es que el paciente se sienta cómodo y tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

Cada día estamos más concienciados con la salud mental y con las consecuencias perjudiciales para la salud que conlleva si no se trata a tiempo. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica en el sistema de salud se coordinan con los servicios sociales para poder cubrir la prevención primaria, centrándose en los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general.

La labor del celador es fundamental en esta unidad, ya que sirve de mucha ayuda al servicio de enfermería para la realización de las tareas diarias con los pacientes. Todo el personal sanitario tiene que tener empatía y respeto a la hora del trato directo con los enfermos ya que en esta unidad es fundamental.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc17.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiqui>
3. Rocío Juliá-Sanchis, Carlos Aguilera-Serrano, Francisco Megías-Lizancos, José Ramón Martínez-Riera Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020.atria/.
4. Temario de Oposición del SESPA.

Capítulo 582

SERVICIO DE LAVANDARERIA Y PLANCHA HOSPITALARIA. EL PLANCHADO EN DIFERENTES FIBRAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

1 Introducción

Es recomendable leer la etiqueta de cada prenda antes de plancharla, ya que en ella encontraremos las instrucciones y nos evitaremos posibles deterioros en las prendas.

Respecto al planchado de las prendas con fibras naturales de origen vegetal no necesitan precauciones especiales durante el planchado, a pesar de que se arrugaban bastante y con facilidad, las arrugas pueden eliminarse incluso colgándolas cuando están húmedas.

Las telas se comportarán de manera distinta en el planchado, según sus tejidos. En cuanto a las toallas y sábanas, podemos tener fibras absorbentes y resistentes. De planchado fácil.

También existe en fibras poco absorbentes, con un tacto pegajoso y que no transpiran mucho, pero estas fibras suelen secar rápidamente y además nos arrugan mucho.

Las fibras químicas se utilizan para elaborar telas suaves.

También podemos tener en cuenta la flexibilidad de cada prenda a la hora de plancharlas y doblarlas, la elasticidad de las prendas favorecen que duren más tiempo.

El planchado se puede realizar tanto en seco como en húmedo, debemos tener en cuenta que cuando planchamos una prenda en seco se ejerce una fuerte presión a una elevada temperatura, sin embargo, cuando se plancha en húmedo tanto la presión como la temperatura son moderadas.

2 Objetivos

En este capítulo veremos las precauciones que debemos tomar al realizar el planchado en los tejidos más comunes, para evitar el desgaste de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos visitado el hospital general Universitario de Ciudad Real, pudiendo hablar con distintas personas que realizan su trabajo en el servicio de lavandería y plancha del mismo.

Así mismo, contamos con un temario específico para el servicio de lavandería y plancha hospitalaria.

4 Resultados

-. Cuidados en el planchado.

Es recomendable que la ropa esté ligeramente húmeda cuando la vayamos a planchar, si no fuera el caso podemos humedecerla un poquito con algún difusor de agua.

Para obtener un óptimo resultado es recomendable utilizar una técnica de planchado adecuada, de esta manera garantiremos un resultado satisfactorio.

En los tejidos de algodón es recomendable plancharlos cuando estén húmedos, si están secos podemos utilizar algún producto almidonante para que les dé un

poco de apresto.

Cuando vayamos a planchar un tejido especialmente delicado como la seda, es recomendable plancharlo entre dos trapos secos, blancos y limpios, y además plancharemos el tejido del revés para protegerlo.

El nylon en principio no se plancha, pero si decidimos plancharlo lo haremos del revés a una temperatura suave.

El tejido crepe, debemos plancharlo del revés, además debemos poner un trapo húmedo entre la plancha y el tejido.

Deslizaremos suavemente la plancha sin terminar de apoyarla sobre el tejido, evitando posibles deformaciones en el mismo, ya que el tejido crepe es muy delicado.

Para el planchado industrial debemos tener en cuenta:

El grado de automatismo que tengamos, el número de personal que se necesite para realizar, el grado de humedad y las características de los tejidos que son objeto de planchado.

Al comenzar la jornada el personal procede a conectar las máquinas necesarias para el planchado, colocaremos todos los elementos necesarios para realizar la labor, comprobaremos la ropa para planchar y la maquinaria que se debe.

También debemos tener cerca los carros y percheros que vayamos a necesitar. Si la ropa se encuentra excesivamente seca pulverizaremos agua sobre ellas.

Podemos ir regulando la temperatura que sea más adecuada para los tejidos mediante un selector, muy baja, alta, media, y muy alta.

Tendremos en cuenta los riesgos para planchar las distintas fibras.

En algodón y en lino utilizaremos temperaturas bajas, ya que de lo contrario se pueden quemar, amarillear, etc.

El planchado de la lana a alta temperatura puede provocar la formación de bolitas, pueden coger, formar brillos y amarillear, etc.

Para la seda es recomendable no plancharla, en su caso lo haremos a temperatura media y con un trapo por encima.

El rayón puede encoger, decolorarse o perder a presto en temperaturas altas.

El poliéster puede quemarse si se plancha más de 150 grados.

El tejido acrílico puede alargarse y deformarse con temperaturas altas.

5 Discusión-Conclusión

Normalmente el servicio de lavandería y plancha hospitalario tiene las prendas con el mismo tipo de tejido, con lo cual se consigue un automatismo a la hora de llevar a cabo el trabajo.

El personal ya tiene experiencia a la hora de tratar los tejidos que están en este servicio, aun así se deben comprobar las temperaturas que tienen las máquinas y ajustar todo para evitar quemar o deteriorar las prendas.

Como hemos dicho anteriormente, al comenzar el trabajo el personal debe preparar todos los objetos que vayan a necesitar, difusores de agua, productos de apresto, carros, percheros, etcétera.

También tendremos en cuenta que la mayoría de las prendas que se utilizan en los centros sanitarios son de color blanco, y que casi todos los tejidos amarillean a temperaturas altas. Por lo tanto utilizaremos siempre de temperaturas medias.

6 Bibliografía

TEMARIO ESPECIFICO CEP. ACTUALIZADO EN 2022. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA

Capítulo 583

SERVICIO DE LAVANDERIA Y PLANCHA HOSPITALARIA. TIPOS DE MANCHAS Y COMO ELIMINARLAS

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

Cuando nos enfrentamos a la limpieza de un tejido es importante conocer el origen de las manchas que pueda tener, de esta manera aplicaremos el método correcto para la eliminación de las manchas.

Es importante actuar de forma rápida, cuanto más reciente sea la mancha más fácil será su eliminación y posteriormente actuar de forma prudente, ya que el producto que utilicemos puede ser adecuado para la mancha pero no para el tejido.

Existen todo tipo de productos en el mercado para la eliminación de todo tipo de manchas; café, grasa, chocolate, fruta, sangre etcétera.

Existen manchas como las de té, vino o café que no pueden eliminarse sin afectar al resto de la prenda, porque son manchas que tiñen la fibra de la ropa. Para eliminarlas es necesario destruir el color general de la prenda mediante oxidación, que se lleva a cabo blanqueando la ropa.

Otro tipo de manchas como la sociedad común, polvo, humo, arena... Suelen ser eliminadas en el proceso de prelavado.

Las manchas provocadas por grasas minerales se eliminan mediante la acción de agentes tensioactivos, que despegan las manchas gracias a su poder mojante.

Las manchas producidas por materias grasas, de origen vegetal o animal, se adhieren a los tejidos, este tipo de manchas se eliminan por la acción de tres elementos combinados, el calor, los alcalis y la agitación mecánica.

Las manchas como los azúcares, sales, zumos, quedan adheridas a la ropa, son eliminadas en la mayoría de los casos en el enjuague.

En cuanto a esto podemos clasificar las manchas según el método utilizado: Por decoloración, por eliminación física, por emulsión, por saponificación, por solubilidad en el agua.

2 Objetivos

El objetivo del capítulo, es plasmar los diferentes tipos de manchas que pueden darse en los diferentes tejidos, así como su eliminación dependiendo de estos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos tenido en cuenta varias publicaciones de Internet a través de Google Académico, así como nuestro propio temario específico de servicio de lavandería y plancha.

Además, visitamos el servicio de lavandería y plancha del Hospital Universitario de Ciudad Real, donde pudimos hablar con personal laboral que nos ayudó a entender el servicio.

4 Resultados

-. Tratamiento y eliminación de manchas:

* Aceite.

1. Sobre algodón, si la mancha es reciente, espolvorearemos un poco de talco para que absorba la grasa. Frotaremos la mancha con un paño impregnado de gasolina purificada (la de los mecheros), y lavaremos con agua jabonosa.
2. Sobre lino, si la mancha es reciente espolvorearemos un poco de talco, frotaremos la mancha con un paño impregnado en gasolina purificada o trementina y lavaremos con agua jabonosa.
3. Sobre fibras sintéticas, deberemos diluir la mancha con éter. Después lavar normalmente.
4. Sobre seda, si es una prenda que no requiere limpieza en seco, podemos añadir una cucharada de amoníaco al agua del.
5. Sobre moquetas y alfombras, si la mancha es reciente espolvorearemos polvo del talco para que absorba la grasa, frotaremos la mancha con un paño impregnado en tricloroetileno y lavaremos con detergente especial para alfombras.
6. Sobre cuero, frotaremos con un algodón impregnado en, aplicaremos crema o cera para hidratar y abrillantar.

* Alquitrán.

1. Sobre tejidos, disolveremos la mancha con acetona, después de haber probado el efecto de esta sobre el color. Lavar y aclarar.
2. Sobre alfombras y moquetas, frotaremos la mancha con un paño humedecido en tetracloruro de carbono, después limpiaremos con un detergente específico para alfombras y aclararemos.

* Café.

1. Sobre tejidos blancos, drenar la mancha con agua oxigenada hasta que desaparezca.
2. El tejido es de color, aplicaremos sobre la mancha agua con jabón muy caliente, aclarando posteriormente con agua fría.
3. En alfombras y moquetas, frotaremos la mancha con un pañuelo humedecido en una mezcla a partes iguales de alcohol metílico y vinagre blanco. Después lavaremos con un detergente especial para alfombras.

* Cera:

1. Rasparemos cuidadosamente, sin dañar el tejido con cualquier instrumento. Después de eliminar los restos de cera planchando el tejido, interponiendo papel entre la plancha y el tejido, este absorberá la cera una vez fundida por el calor de

la plancha.

*Chicle:

1. Retiraremos el chicle aplicando sobre él un cubito de hielo, de modo que se endurezca y se pueda retirar.

* Cola:

1. Remojaremos la prenda en alcohol disuelto en agua y posteriormente lavaremos como normalmente.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, todas las manchas tienen un procedimiento de limpieza específico para poder eliminarlas. Pero no todas las manchas podrán ser eliminadas de todos los tejidos.

Ya que corremos el riesgo de estropear la prenda.

En el servicio de lavandería y plancha hospitalaria, debemos cumplir una serie de requisitos en cuanto a las prendas, deben estar en perfectas condiciones para los usuarios, tanto pacientes como personal.

Por ello, si una prenda no puede ser de manchada sin deteriorarla, no la den mancharemos y deberemos rechazarla.

Todas las prendas del servicio de lavandería y plancha deben estar perfectamente limpias y planchadas, careciendo de todo tipo de manchas.

6 Bibliografía

TEMARIO ESPECIFICO CEP, ACTUALIZADO EN 2022. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA.

Capítulo 584

LOS RIESGOS ESPECÍFICOS QUE PUEDE SUFRIR EL PERSONAL DE LAVANDERÍA Y PLANCHA HOSPITALARIA

MARIA DOLORES ALFARO CUERDA

YOLANDA BARBERO CAÑADAS

MARÍA ENCARNACIÓN ALONSO BARBA

ALMUDENA GALINDO GARVI

ANDREA BARBERO CAÑADAS

1 Introducción

El personal de lavandería y plancha hospitalaria está expuesto a una serie de riesgos laborales específicos, las caídas, golpes, choques, quemaduras, estrés térmico, riesgo, o manipulación de cargas...

Por esto, el personal de lavandería y plancha hospitalaria debe seguir unas medidas concretas para la estancia y el uso de las instalaciones del servicio en cuanto a la prevención de riesgo laborales específicos.

Evitar los riesgos laborales específicos del servicio de lavandería y plancha hospitalaria es responsabilidad tanto del centro sanitario como del personal.

El centro sanitario debe tener elaborado un plan efectivo para evitar estos riesgos y el personal debe cumplir con este plan, así como hacer uso de los EPI que le facilitará el centro sanitario.

El aspecto ambiental en el módulo de lavandería y plancha tiene unas características peculiares, es necesario que todas las máquinas que emitan calor y vapor dispongan de algún medio que permita su eliminación. Esto se puede conseguir si la máquina dispone de un sistema propio conectado a tuberías o con sistema de extracción.

Dentro de los locales pueden producirse accidentes de trabajo diferentes y también secuelas, ya que existen respiración de un ambiente húmedo y de partículas de los productos utilizados.

La propia zona debe estar debidamente señalizada en cuanto a la prevención de contacto térmico, maquinaria con toma de tierra...

2 Objetivos

Ver los riesgos laborales específicos que pueden sufrir el personal en las zonas de lavandería y plancha, así como algunas formas de poder evitarlos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos mirado algunas publicaciones a través del Google Académico, así como nuestro propio temario específico de personal de lavandería y plancha.

Además, hemos consultado el Real Decreto 991/2013, de 13 de diciembre, por el que se establecen veinticinco certificados de profesionalidad de la familia profesional Textil, confección y piel que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y se actualiza el certificado de profesionalidad establecido como anexo IV del Real Decreto 722/2011, de 20 de mayo.

4 Resultados

En cuanto a las precauciones al manipular la maquinaria, en cuanto a la plancha nunca dejaremos el cable en el suelo ni apoyado en la mesa de la plancha, si no que lo recogeremos en el recoge cables.

La mesa de planchado tendrá reposa planchas y funda térmica.

El movimiento de la plancha se realizará mediante el movimiento de polea. Cuando utilicemos los productos como quitamanchas, el personal debe asegurarse de que haya una buena ventilación en la zona.

Seguiremos las normas de manipulación y procedimientos adecuados según nos hayan informado en la empresa, usaremos la ropa adecuada, de fibra natural y ceñida en las mangas.

Los riesgos más comunes en plancha manual son:

- * Los riesgos de quemaduras por contacto accidental con la plancha o por acción de vapor en operaciones de purgado.

- * Contacto eléctrico por mal estado del cableado.

- * Intolerancia o alergia a la fibra del contacto continuo.

Debemos tener muchísimo cuidado en cuanto a la utilización de la plancha con calandra:

Los riesgos específicos en este tipo de máquinas son desde atrapamientos por descuido hasta quemaduras con el contacto de la ropa, electrocución o descargas, sobre esfuerzo en las tareas repetitivas, intolerancia o alergia a las fibras por contacto continuo.

El personal debe trabajar con la ropa adecuada, leer bien las instrucciones de funcionamiento, no manejar la maquinaria si hay vertido de líquidos, alternar el planchado de lotes de ropa pequeña con lotes de ropa grandes y rotar de puestos de trabajo.

Así como respetar el descanso laboral establecido.

Todo el personal debe conocer y aplicar el plan de prevención de riesgos laborales establecidos, incluso se realizarán algunos simulacros en cuanto a la prevención de incendios para que el personal esté preparado, debido al alto riesgo de incendio en el servicio de lavandería y plancha.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de lavandería y plancha al personal laboral corre riesgos laborales específicos que debe conocer, por ello los centros sanitarios le formarán sobre el plan que tengan establecido para evitarlos.

También establecerán turnos rotativos en cuanto al uso de máquinas para evitar las tareas repetitivas, se darán equipos de protección individual por parte de la

empresa y que deben ser usado por el personal.

Los riesgos de esta zona son en su mayoría quemaduras, tanto por el contacto directo con la plancha, con el vapor o las prendas.

Otro de los riesgos es la intoxicación a la hora de desmanchar con los productos químicos si no hay una correcta ventilación.

6 Bibliografía

TEMARIO ESPECIFICO CEP. ACTUALIZADO EN 2022. PERSONAL DE LAVANDERIA Y PLANCHA. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/02/18/pdfs/BOE-A-2014-1742.pdf>

Capítulo 585

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

M ENGRACIA PEREZ IZQUIERDO

MARÍA PILAR VALVERDE RUBIO

TERESA JAREÑO ROMERA

1 Introducción

Según la OMS, se establece que las personas tienen el derecho fundamental a “el goce máximo de salud que se pueda lograr” sin distinguir raza, religión, ideología política o condiciones económicas o sociales.

Según establece el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”

Es ineludible mencionar la anterior declaración del año 1948, siendo el punto de partida obligatorio para todos los textos constitucionales promulgados a partir de esa fecha.

Diversas organizaciones como la UNESCO, la OMS o Naciones Unidas, han promocionado normas jurídicas sobre aspectos de los derechos y deberes de las personas .

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones de los servicios necesarios.

Acogiéndonos a lo establecido en el párrafo anterior desarrollaremos a continuación los criterios principales a destacar de los derechos y deberes que tienen los pacientes dentro del sistema sanitario.

2 Objetivos

1. Conocer y enseñar los derechos y deberes que tienen los pacientes dentro de Sistema sanitario.
2. Informar por parte del Auxiliar Administrativo de los derechos y deberes.
3. Coordinar y cooperar entre la administración y los usuarios.
4. Aplicar y respetar en todo momento los derechos y deberes de los usuarios y pacientes.

3 Metodología

Para la preparación y elaboración de este capítulo, se ha procedido a hacer un análisis, revisando varias bibliográficas publicadas en literatura médico-sanitaria de Internet.

Se ha hecho una búsqueda exhaustiva de artículos relacionados con las amplias funciones de auxiliar administrativo y los derechos y deberes de los pacientes, procedentes de distintas páginas en Internet, que menciono en la biografía posteriormente.

El ámbito para redactar la información se ha basado en las palabras claves que aparecen en el mismo título: Auxiliar administrativo, paciente, derechos y deberes.

4 Resultados

Nuestro sistema Nacional de Salud nos da una garantía como es el amparo de los derechos de los pacientes, los cuales están recogidos en una amplia normativa, tanto a nivel estatal como a nivel regional.

La inclusión del derecho a la protección de la salud se puede ver como uno de los cimientos de la política social y económica siendo de gran trascendencia, ya

que no se tiene ninguna protección directa y sólo puede ser alegado por los ciudadanos ante los tribunales cuando existan leyes que los desarrollen y de los que nazcan derechos y obligaciones legítimos.

La Ley General de Sanidad instaure tales derechos y deberes. Desde que entró en vigor, el derecho a la protección de la salud se hace ya efectivo.

Derechos del paciente en las administraciones públicas sanitarias

Al respeto a su personalidad, íntegramente.

A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.

A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.

A que se le asigne un médico, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.

A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos por Ley.

A usar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos.

A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones estipuladas en esta Ley.

A conseguir los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, mantener o reconstruir su salud, según se establezcan por la Administración del Estado.

El paciente tiene derecho a llegar hasta el final de las opciones razonables de superación de la enfermedad. Igualmente el centro hospitalario facilitará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales, como apoyo psicológico.

Deberes del paciente en las administraciones públicas sanitarias

Entregar información veraz acerca de su identidad, dirección y enfermedad.
Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto de salud, así mismo colaborar en el mantenimiento de las mismas haciendo el uso adecuado .
Comprometerse a usar correctamente las prestaciones que ofrece el sistema sanitario, especialmente en lo referente al uso de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

Tratar respetuosamente al personal de las instituciones sanitarias . Respetar el reglamento interno del establecimiento.

Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no consentimiento del tratamiento y no aceptarlo, llegado este caso la Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo responsable del paciente, podrá dar el alta.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo, como parte integrante del equipo de profesionales que hacen su trabajo dentro de la institución sanitaria debe conocer adecuadamente los derechos como los deberes que tienen los pacientes, y así de esta forma poder dar la atención a estos de la forma más correcta, con el conocimiento que ello conlleva, teniéndolos siempre presente en el ejercicio de su trabajo diario ya que en múltiples ocasiones el auxiliar administrativo desempeña sus funciones en atención directa con los usuarios y pacientes.

El auxiliar administrativo que tiene su puesto de trabajo directo con los usuarios y pacientes debe tener ante todo y frente a ciertos usuarios asertividad, empatía y cercanía, ya que en repetidas ocasiones en los centros sanitarios se dan situaciones de tensión y es aquí como hemos dicho anteriormente donde el auxiliar administrativo debe estar preparado para desempeñar un gran papel, conociendo los derechos y deberes de los usuarios, para utilizarlos del modo mas correcto y poder resolver o solucionar de forma positiva los problemas o situaciones que se presenten en cada momento.

6 Bibliografía

- 1.La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 2.<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.
- 3.<https://www.semfyc.es/wp-content/>.

4.<https://www.seaus.net/>.

5.<https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/informe/derechos-paciente#:text=Derecho%20a%20estar%20informado%2C%20a,los%20derechos%20de%20los%20pacientes>.

Capítulo 586

ACTUACIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LAS PRUEBAS ESPECIALES DE DIGESTIVO

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

1 Introducción

Las pruebas que se realizan en el servicio de digestivo reciben el sobrenombre de especiales porque, además, de que tienen el carácter de diagnosticar enfermedades digestivas, tumores, alteraciones de los órganos relacionados con la especialidad, también, se dedican a la intervención, es decir, pertenecen al campo de intervencionismo.

El intervencionismo es actuar en el paciente a través de las citadas pruebas, endoscopias, colonoscopias, etc., para la aplicación de injertos o, meramente, para la extirpación de tumores o nódulos.

Para concretar se puede definir que en las pruebas de digestivo se incluyen las diagnósticas y las de intervencionismo.

En este contexto, en las pruebas de digestivo, se realizan, desde simples colonoscopias, para examinar el interior del colon, hasta intervenciones para la colocación de injertos.

Las pruebas de digestivo de intervencionismo se practican en el servicio de radiología, ya que se obtiene una mejor visión, de los órganos que se desean intervenir o los cambios o limpieza de otras piezas de dichos órganos.

El celador que realiza su trabajo en las pruebas de digestivo atiende tanto las salas del propio servicio, así como, la sala de radiología destinada a intervencionismo.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad y tipos de pruebas que existen en el servicio de digestivo.
- Dar a conocer la labor que el celador realiza en las diversas pruebas de digestivo.

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

El celador, en las pruebas de digestivo, atiende varias salas de las citadas pruebas, así como también, traslada a los pacientes de la unidad hospitalaria de digestivo hasta las mismas.

Con el listado diario, el celador va a las habitaciones pertinentes a por el paciente para trasladarlo a la sala correspondiente de las pruebas de digestivo, pudiendo ser, una colonoscopia, una endoscopia, una gastroscopia, etc.

En estos traslados, el celador, comprobará que todo el equipamiento que porta el paciente está perfectamente conectado y enganchado: sueros, vías, drenajes, etc., con la precaución y profesionalidad que le caracteriza.

En las diversas salas de las pruebas, el celador, estará, siempre, atento, a cualquier intervención que se realiza, puesto que algunas de ellas, necesita la presencia

del anestesiista, y son pruebas más invasivas que requieren un mayor cuidado y atención del paciente.

Antes de trasladar al paciente a la sala de pruebas correspondiente, el celador ha llevado la llamada "cajonera", donde se ubican, desde las vías, sondas anales, sondas vesicales y cualquier otro material que se necesita para la intervención. Además, del mismo modo, ha llevado la pantalla o portátil, con la que el especialista se guiará en la citada prueba de intervencionismo, siguiendo el endoscopio por el recorrido adecuado dentro del paciente.

Una vez que la prueba ha terminado, el paciente es trasladado hasta la sala de cirugía mayor ambulatoria (CMA), donde se recuperará de la anestesia, en caso, de haberla solicitado con antelación. Este traslado es labor del celador destinado en las pruebas de digestivo, así como, el transporte de todo el aparataje disponible para la mencionada prueba.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en las pruebas de digestivo no está exento de variadas funciones y labores dentro de las mismas. Controlar los tiempos de las pruebas, así como, el traslado de los pacientes, hará posible que el ritmo de las citadas pruebas no descienda.

Hay que reseñar que es un servicio, muy dinámico y la carga de trabajo es grande, ya que los pacientes atendidos diariamente son muchos, tanto de citas programadas, como derivados de las unidades hospitalarias del centro.

En esta labor del celador de las pruebas de digestivo hay que resaltar el respeto y la intimidad que tiene con los pacientes, puesto que, la gran mayoría de ellas se realizan en las partes íntimas de los mismos.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en endoscopias. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Funciones del celador en la unidad de exploraciones del aparato digestivo. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>.
3. Pruebas digestivas y enfermedades digestivas. Disponible en: <https://www.cmed.es>.

Capítulo 587

EL CELADOR DE RAYOS EN LAS PLACAS RADIOLÓGICAS CON EL EQUIPO DE RAYOS X PORTÁTIL

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

1 Introducción

Un equipo de Rayos X (Rx) portátil es un artilugio que se utiliza para realizar placas radiográficas a aquellos pacientes que, por la situación de su enfermedad, no pueden ser movidos de su unidad del paciente, y no pueden bajarse al servicio de radiología del centro hospitalario. En estas circunstancias se pueden encontrar pacientes en la Uci, en el servicio de reanimación, en el quirófano, en las urgencias, en las unidades hospitalarias, etc.

El equipo de Rx portátil se compone de un brazo articulado, el colimador para centrar el haz de radiación ionizante, el procesador u ordenador incorporado y si es eléctrico, batería para su traslado. En muchos casos este equipo suele ser de estructura manual con ruedas de desplazamiento.

Su proceso es que las ondas individuales que proyecta de rayos x al paciente, puede ser el tórax, el abdomen o algún otro miembro o zona del cuerpo, producen las imágenes en el instante, el ordenador que lleva incorporado y puede ser visto in situ por el médico o especialista que lo ha demandado.

Y es el celador destinado en el servicio de radiología el encargado de trasladar dicho equipo portátil, acompañando al técnico superior en radiología, hasta la ubicación del paciente donde se ha demandado la placa radiológica portátil.

2 Objetivos

- Describir las características y funcionalidad del equipo de Rx portátil.
- Describir la actuación del celador destinado en rayos cuando se demanda una placa radiológica portátil.

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 mecanismo de actuación del celador y del técnico de rayos para la realización de una placa portátil, pasa, en primer lugar, por la llamada recibida en el servicio de radiología, desde la unidad correspondiente, solicitando una placa portátil, urgente. Siempre tiene la categoría, este tipo de placas portátiles, de urgentes, por la situación del enfermo, que puede estar también aislado o en situación de cuarentena. Estas llamadas se pueden recibir, del mismo, de cualquier servicio del centro hospitalario, siendo urgentes, como se ha dicho, en algunos de ellos, y también, protocolarios en otros.

Recibida la llamada, el celador, junto con el técnico, se dirigen, hasta la ubicación del paciente, el celador traslada, transportando el portátil, que incluye, el chasis de la placa y el peto plomado para el técnico.

Si el paciente se encuentra aislado, tanto el celador, como el técnico, adoptarán todas las medidas preventivas necesarias, EPI y mascarilla, según los casos. Una vez en la unidad del paciente, el celador, en las placas de tórax, coloca al paciente en posición de Fowler, colocando, con la ayuda del técnico, la placa en la espalda del paciente. El celador coloca y acerca el equipo, siguiendo las indicaciones del técnico de rayos, y sale fuera de la habitación, hasta el disparo del equipo. Una vez realizada la placa, el celador retira el chasis del paciente, y lo limpia con desinfectante, introduciéndolo en su cajón.

Cuando la llamada recibida es del box vital del servicio de urgencias, inmediatamente, el celador, avisa al técnico para el traslado del equipo y la realización de la placa.

5 Discusión-Conclusión

Es destacable la actuación del celador en el manejo y traslado del equipo de Rx portátil, no, por la acción en sí, sino por la peligrosidad que tiene la realización de la placa portátil, porque, las radiaciones ionizantes no están tan controladas y enclaustradas como en la sala específica del servicio de radiología.

En el transporte del equipo de Rx, el celador, debe prestar especial cuidado en los movimientos bruscos del mismo, en el acceso a los ascensores y en los pasillos de las unidades hospitalarias, para no dar ningún golpe con el mismo, puesto que es un aparato muy sensible, y puede desprogramarse fácilmente.

6 Bibliografía

1. Radiología portátil. Disponible en: <https://www.huvn.es>.
2. El celador en rayos X, desde la experiencia laboral. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. El celador: funciones generales. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com>.

Capítulo 588

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA

JUAN LUIS TOLEDO GOMEZ

BARBARO GONZALEZ MARTINEZ

LUIS MIGUEL CRUZ MARCHANTE

MARÍA PILAR GOMEZ NAVARRO

RAMON QUINTANILLA OLMEDO

1 Introducción

El servicio de urología ofrece la asistencia médica y quirúrgica dentro del ámbito de su funcionalidad. La especialidad de urología, además del estudio de las enfermedades del aparato urinario masculino, se ocupa, asimismo, del estudio y el diagnóstico, de la región del retroperitoneal, que es la zona que está más abajo del diafragma, en hombres y mujeres igualmente.

En el sistema urinario masculino, la urología, se encarga del diagnóstico y tratamiento de aquellas enfermedades que se originan por la genética, traumatismos metabólicos y por enfermedades oncológicas relacionadas con aquel, cáncer de próstata, de vejiga, de testículo, de pene, etc..., como la puesta en práctica de pruebas reconstructivas y regeneradoras.

El servicio de urología se ramifica en diversas áreas de funcionamiento. El área de especialización y hospitalización, donde se realizan los ingresos hospitalarios de los pacientes afectados, el área de consultas, donde los especialistas de la materia

atienden a los pacientes programados y no programados, y el área de quirófano, donde se producen las intervenciones quirúrgicas, y otro tipo de pruebas diagnósticas o terapéuticas.

En el servicio de urología trabajan un equipo humano de profesionales sanitarios, como enfermeros, auxiliares de enfermería, endoscopistas, y un largo etcétera, donde también se destaca la figura del celador.

2 Objetivos

- Describir la composición del servicio de urología.
- Conocer el trabajo que realiza el celador en cada una de las áreas del servicio de urología.

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 destinado en el servicio de urología desempeñará una serie de funciones que estarán relacionadas según el área donde desempeña su labor. Estas áreas son:

- Área de hospitalización.

El celador destinado en el área de hospitalización está al cargo de la unidad hospitalaria correspondiente. La unidad de hospitalización es la encargada del ingreso de los pacientes con enfermedades relacionadas con la especialidad, destacándose, la unidad de hospitalización para hombres y la de las mujeres.

Los ingresos se pueden realizar de diversas maneras. Una de ellas es la programación del paciente, para una prueba diagnóstica o para una intervención. En estos casos, el celador, es el encargado de buscar al paciente hasta la unidad de admisión del centro hospitalario, avisando al auxiliar de enfermería su llegada y dejando al paciente a su cargo.

Cuando los ingresos se realizan de manera urgente, el paciente es derivado desde otras unidades o de las urgencias hospitalarias, el celador del área, con la cama asignada al mismo, va a buscarlo en la citada unidad donde se encuentra, subiendo hasta la unidad hospitalaria y avisando al personal sanitario de su llegada.

-Área de consultas.

El celador destinado en esta área es el encargado de vigilar la entrada de las mismas, y atender, en primer momento, al paciente que llega con su cita programada. El celador atenderá en todo lo que el paciente le demande o ignore, pasando el volante de la cita por el lector de citas e indicando al mismo, el número de la consulta asignada. En caso de ir en silla de ruedas, el celador, trasladará al paciente hasta la consiguiente consulta, llamando a su puerta y avisando al personal de la misma, de la presencia del paciente en el pasillo de las consultas.

-Área de quirófano.

El celador en el quirófano del servicio de urología es el encargado de recibir a su compañero con el paciente en cama. El celador, pregunta, qué quirófano es el asignado al nombre del paciente, dentro de los quirófanos que tiene el servicio, entrando la cama hasta el número correspondiente y trasladando al paciente hasta la mesa de operaciones. En todo momento, el celador, estará disponible, en el antequirófano, a las órdenes dadas desde el quirófano, y trasladará, una vez concluida la misma, al paciente hasta su cama, trasladando al mismo hasta la sala de reanimación hasta su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Son muchas y variadas las funciones del celador destinado en el servicio de urología, dependiendo del área funcional donde se encuentre destinado. En la unidad hospitalaria, siempre estará disponible a las demandas del personal sanitario, colaborando, en todo momento, en los aseos de los pacientes, bajo la supervisión del auxiliar de enfermería.

En las consultas, el celador, deberá mostrar empatía con los pacientes que acuden a las mismas, ofreciendo su mejor sonrisa y amabilidad, e informando, dentro de sus competencias, de todas las dudas de los pacientes.

En el quirófano, el celador, deberá guardar y preservar siempre las normas del mismo, en cuanto, a las medidas de seguridad del paciente y de las normas de prevención y EPI, tan obligadas en el mismo.

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. Especialidades del servicio de urología. Disponible en: <http://www.lafe.san.gva.es>.
2. Protocolo a seguir en urología para celadores. Disponible en: <https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com>.
3. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 589

EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: FUNCIONES DEL CELADOR

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

MARÍA CELIBERTI RIBERA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define “Rehabilitación” como el conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función y reducir la discapacidad de un individuo con condiciones de salud (enfermedad aguda o crónica, trastorno, lesión o traumatismo) en interacción con su entorno.

Podemos definir la “fisioterapia” como la ciencia, que mediante el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, a través de la aplicación tanto manual como instrumental de medios físicos, pretenden curar, recuperar y adaptar a aquellas personas afectadas de disfunciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas. La fisioterapia muestra también un carácter preventivo y se recomienda a las personas que deseen mantener un adecuado nivel de salud.

Las unidades de rehabilitación-fisioterapia de los hospitales lo integran diferentes profesionales del ámbito sanitario (médicos, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeros, y auxiliares de enfermería), como de personal y servicios (auxiliares administrativos y celadores).

Este grupo multidisciplinar tiene como principal objetivo el diagnóstico, la evaluación, la prevención y el tratamiento de todo tipo de incapacidad motriz, para

poder ayudar a los pacientes a conseguir el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible.

El celador que realiza el trabajo en la unidad de rehabilitación y fisioterapia debe ser consciente de cuáles son sus funciones en dicha unidad.

2 Objetivos

- Describir las funciones a realizar por el celador en la unidad de rehabilitación y fisioterapia de un hospital como parte de un equipo multidisciplinar que atiende 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 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

De acuerdo a las funciones específicas del celador descritas en la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971 (B.O.E. del 22 de julio de 1971) en su artículo 14-punto 2 en el que se plasma al Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social; si bien se promulgó un nuevo Estatuto Marco del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003. De 16 de 3 diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo estatuto de acuerdo a la disposición transitoria sexta continúan vigentes:

- El celador debe servir de ayuda al fisioterapeuta en la colocación y sujeción del paciente en lugar del tratamiento.
- Se encargará del traslado de unos servicios a otros, del mobiliario y aparatos que se requieran. Por ejemplo, el traslado del mobiliario propio de este servicio: bicicletas, pesas, gomas elásticas, sacos, etc.
- Serán los responsables de la tramitación y conducción de las comunicaciones verbales y los documentos u objetos que les sean encomendados. Por ejemplo, el

subir historias y placas de rayos del archivo a la consulta y recogerlas una vez finalizada la misma.

- Procurarán que los enfermos no han un uso indebido de los enseres y ropas de la institución, evitando su deterioro.
- El celador vigilará las entradas a la unidad de rehabilitación, permitiendo el acceso a las dependencias a las autorizadas.
- Procurará conseguir el mayor orden y silencio posibles en las diferentes dependencias de la unidad de rehabilitación.
- En el trato con los enfermos y familiares, el celador debe abstenerse de informar o comentar con los mismos sobre diagnósticos, exploraciones, tratamientos y pronósticos sobre una enfermedad que se estén realizando en la unidad de rehabilitación.

Otras funciones que realiza el celador en el área de rehabilitación en el trato con pacientes que en muchas ocasiones tienen una movilidad muy limitada debido a una enfermedad o traumatismo son:

- El traslado de los pacientes desde la habitación a la unidad de rehabilitación y viceversa, entre las propias dependencias de la unidad, o entre la unidad de rehabilitación y el exterior.
- En su caso, recibirán a los pacientes de rehabilitación que lleguen en ambulancias (con el transporte específico en silla de ruedas o en camilla, según el estado del paciente) y los trasladarán a la unidad de rehabilitación y fisioterapia.
- Acompañar, de acuerdo a las instrucciones del personal sanitario, a los pacientes con dificultades motrices específicas en la realización de los ejercicios. Permanecer junto al paciente cuando realiza ejercicios en barras paralelas, con muletas o bastones para evitar posibles caídas.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe ser consciente de las tareas que debe realizar en el servicio de rehabilitación, su labor de apoyo como miembro de un equipo multidisciplinar es totalmente necesaria para un correcto funcionamiento de dicho servicio.

Los pacientes que muestran movilidad reducida en la unidad de rehabilitación resultan muy elevados, por lo que la colaboración del celador en los procesos de acomodo, de sujeción y de movilización de los pacientes que están recibiendo los servicios terapéuticos resulta fundamental. Para la realización de la movilización de los pacientes, el celador deberá seguir las instrucciones del personal sanitario, procurará guardar la intimidad del paciente, adoptando las medidas de higiene

necesarias en cada caso, siempre evitando los movimientos bruscos en dicha movilización, y garantizando siempre la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes)
2. RD 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. Boletín Oficial del Estado, 7 de abril de 2015, núm. 83.
3. Fayos Monzó E.. Funciones del celador en la unidad de rehabilitación-fisioterapia. Revista Ocronos Vol. IV nº 5-Mayo 2021.176.
4. Fernández Suarez A..Funciones del celador en el área de rehabilitación de pacientes. Revista Ocronos Vol. III nº 2-Junio 2020.144.
5. Del Castillo Torres L. Ochoa Guerra O., Gómez Martínez D., Alés Reina M. Celadores del Servicio Andaluz de Salud. 1ª edición. Sevilla: Editorial MAD; 2000.
6. Del Castillo Torres L. Ochoa Guerra O., Gómez Martínez D., Alés Reina M. Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud. 8ª edición. Sevilla: Editorial MAD; 1999.
7. Álvarez Mata N.,Mendez Lastra A. M.,Fernández García L. A.. El celador de rehabilitación. [En línea]. España 2022: En II Congreso Virtual SICEPA-USIPA 2022: Sanidad, un trabajo en equipo. [fecha de acceso 11 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://congresosicepa.com/celador-de-rehabilitacion/>.

Capítulo 590

UTILIZACIÓN DE GRÚAS PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR

MARÍA CELIBERTI RIBERA

RAFAEL FUERO HERNÁNDEZ

LETICIA HERNÁIZ BELTRÁN

1 Introducción

Los pacientes de un hospital, con gran frecuencia, presentan reducción en su movilidad debido a su enfermedad, por lo que es muy habitual que el celador tenga que colaborar en su movilización para servir de ayuda en los movimientos imprescindibles.

El celador debe tener en cuenta ante cualquier movilización de los pacientes las siguientes normas:

- Se debe seguir las instrucciones específicas del personal sanitario.
- Es imprescindible guardar siempre la intimidad del paciente.
- Es necesario adoptar las medidas de higiene necesarias en cada ocasión.
- Se debe procurar evitar los movimientos bruscos en los procesos de movilización del paciente.
- En la acción se debe garantizar la seguridad del paciente.

El celador debe de realizar los siguientes pasos previos ante cualquier movilización de pacientes:

- Informar al paciente de aquello que vamos a realizar, pidiendo su colaboración y transmitiéndole tranquilidad.
- Retirar aquellos objetos que puedan molestar el proceso de movilización.
- Preparar previamente aquel material que sea necesario utilizar.
- Colocar la cama en la posición que más facilite y ayude a la movilización del paciente en su caso. Frenar la cama.
- Tener cuidado en el manejo de los sueros, drenajes, etc. que pueden dificultar la inmovilización del paciente.
- Adoptar la mecánica postural.

El celador debe ser consciente de los pasos posteriores al ejercicio de la movilización del paciente:

- Se debe dejar perfectamente acomodado al paciente.
- Volver a colocar adecuadamente los sueros, drenajes, etc. en su lugar.
- Comprobar la seguridad del paciente en la nueva situación.

El celador cuenta con diversos dispositivos y materiales que pueden ayudar a la movilización del paciente: sábanas, discos giratorios, transfer, rolón, taburete, potencia o trapecio y las grúas y arneses.

Nos centraremos en este estudio en la utilización de las grúas para la movilización de pacientes por parte del celador.

2 Objetivos

- Describir el proceso de utilización de grúas para la movilización de pacientes por parte del celador, como actividad específica del mismo en el marco de las funciones y actuaciones del celador 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador debe conocer el proceso de utilización de las grúas para la movilización de los pacientes que las puedan requerir.

Las grúas hospitalarias sirven de ayuda al proceso de movilización del paciente:

- Haciendo más seguras las maniobras del traslado de los pacientes entre sillas, camas y/o camillas, reduciendo las posibilidades de maltratos y caídas en dichos procesos de movilización (golpes, desconexión de dispositivos, etc.).

- Mejoran las condiciones de salud ocupacionales, con una mejora de la higiene postural del celador y resto del personal, con una disminución de los riesgos ergonómicos, eliminando la posibilidad de sufrir traumas lumbares, hernias, o lesiones musculo-articulares en general.

Ante cualquier movilización de pacientes con utilización de grúa se debe seguir el siguiente procedimiento de actuación:

- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.

- Colocación del arnés:

- En decúbito-lateral, desde la cama: proceder al giro del enfermo en decúbito lateral, colocar el arnés y una entremetida si no la tuviese hacia la mitad, luego proceder hacer girar al enfermo hacia el decúbito contrario y acabar de colocar el arnés y la entremetida; posteriormente las bandas de las piernas se pasan por debajo de ambas piernas y se entrecruzan (la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho).

- Desde la posición de sentado: colocar el arnés de arriba-abajo, por debajo de una entremetida hasta la altura de la cintura; hacer pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlos.

- Una vez colocado el arnés al paciente, elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o a la silla desde la que se quiere movilizar al enfermo y colocar las bandas más cortos (hombros) en los enganches correspondientes en la posición más corta, más cercana al cuerpo del arnés; y a continuación las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho, así el paciente irá más sentado al elevarlo.

-Abriendo las patas de la grúa para mayor seguridad, elevar con suavidad hasta una altura adecuada al enfermo y trasladarlo; una vez realizado el traslado descender al paciente y procurar que se queda perfectamente situado.

Existen diversos tipos de grúas:

-Grúas ortopédicas móviles para la elevación y traslado con actuador lineal. Grúa ortopédica provista de un actuador lineal que eleva o descende el brazo superior con la percha en la que se coloca el arnés que sostiene al enfermo. Se acciona con el pie (o desde el cuadro de mandos) del mecanismo que se encarga de la apertura de las patas, y una vez posicionado y colocado el arnés en el enfermo, mediante un sistema eléctrico la grúa eleva o descende al enfermo.

-Grúas ortopédicas móviles para elevación y traslado con columna eléctrica. Este tipo de grúa está provista de una columna por la que se eleva verticalmente todo el conjunto de percha-mástil. El funcionamiento es similar a las otras grúas de traslado.

-Grúas ortopédicas de techo fijas. Consta que uno o varios raíles instalados en el techo de la habitación y una percha que mueve por acción eléctrica por estos raíles.

-Grúas ortopédicas de techo móviles. Permite la elevación del paciente gracias a un mecanismo de columnas elevadoras situadas a ambos lados del pórtico, que lleva integrado un actuador lineal en su interior y este ejerce una fuerza vertical sobre la estructura elevando así al paciente; permite el traslado horizontal mediante un raíl por el que se desliza la percha de forma automática o manual. La percha está provista de ruedas que permite su traslado por la habitación.

-Grúas ortopédicas de bipedestación. Con este tipo de grúas el paciente pasa de posición de sentado a posición de sentado o a posición de bipedestación. Disponen de una plataforma para el apoyo de los pies, de una zona con acolchado para las rodillas y un arnés solo bajo las axilas. El paciente que en posición de bipedestación y la zona de la cintura hasta la rodilla queda libre.

-Grúas ortopédicas para el uso en piscinas y bañeras. Es una grúa específica para las piscinas y bañeras, consta de un cuerpo central que puede ser fijo o móvil, un brazo y una silla, una plataforma o una percha.

5 Discusión-Conclusión

El celador encuentra en la grúa hospitalaria una gran ayuda para el desplazamiento de los pacientes.

La necesidad del traslado con grúa del paciente es una acción profesional muy común a la que debe dar respuesta el celador, de aquí la importancia de su formación en su utilización.

La utilización de la grúa proporciona un doble beneficio:

- Proporciona bienestar al enfermo que debe ser trasladado, permite realizar la movilidad del enfermo con seguridad y confort.
- Proporciona salud postural al celador que debe realizar el traslado, ayudando a reduciendo considerablemente posibles lesiones.

El celador debe mostrar una actitud amable en el trato con el enfermo al que debemos movilizar con la grúa; es una situación difícil para el enfermo; el celador debe manejar con precisión y delicadeza los movimientos de la grúa, procurando que el paciente se sienta seguro en todo momento.

6 Bibliografía

- 1.-Manual para el personal celador [En línea]. España: Servicio corporativo de formación de Osakidetza- Dirección general de recursos; . [fecha de acceso 29 de agosto de 2023]. URL disponible <https://enfermeria.top/doc/manual-celadores-gobierno-vasco.pdf>
- 2.-Castellano Sánchez R., Caballero García C., Arriaza Cruz S.E.. El celador y el uso de la grúa para la movilización de pacientes.[En línea]. España: 2023.Revista Sanitaria de Investigación. [fecha de acceso 23 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-el-uso-de-la-grua-para-la-movilizacion-de-pacientes/>
- 3.-Carreira Fernández L..La grúa hospitalaria para el celador . [En línea]. España 2020: Revista Médica. [fecha de acceso 28 de agosto de 2023]. URL disponible en <https://revistamedica.com/grua-hospitalaria-celador/>
- 4.-Movilización de pacientes con grú-Protocolo y tipología de grúas ortopédica [En línea]. España: www.profesionsaitaria.es ; . [fecha de acceso 22 de agosto de 2023]. URL disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com/protocolo_grua.htm

5.- Bermejo JC. Habilidades de relación de ayuda. Santander: Sal Terrae; 1998

6.- Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Madrid: Edit .San Pablo; 2003.

Capítulo 591

LA COLABORACIÓN DEL CELADOR EN LA ANESTESIA EPIDURAL A LA MUJER EMBARAZADA

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

1 Introducción

La anestesia epidural es una inyección que tiene la opción de solicitar la mujer a la hora de dar a luz. La epidural, como normalmente se nombra en el contexto sanitario, corresponde a una serie de medicamentos cuya finalidad es la de tranquilizar y adormecer al paciente, consistente en una inyección en la parte de la espalda, provocando que la mitad inferior del cuerpo del mismo se entumezca y pierda la sensibilidad al dolor.

La epidural se puede utilizar en cualquier operación quirúrgica que se pretenda tener consciente al paciente por medio de un bloqueo epidural que disminuye el dolor durante la misma. En operaciones de rodillas, tobillos, pie, vesículas, hígados, etc. En todas estas intervenciones está recomendada la anestesia epidural.

En la mujer que va a dar a luz, se le demanda la opción de quererla o no quererla, a lo que la paciente, decide por una de las dos opciones. En el caso afirmativo, el anestesista, explica a la paciente, los riesgos y ventajas que tiene la inyección, más riesgos que ventajas, según los expertos.

La epidural debe ponerse en un tiempo prudencial, porque, la dilatación del cuello uterino, puede producirse rápidamente, y aquella surte efectos a los diez o veinte minutos de inyectarla.

2 Objetivos

- Conocer qué es y para qué sirve la anestesia de epidural.
- Describir las técnicas y movilización que tiene que realizar el celador con el paciente que recibe la anestesia epidural.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

La anestesia de la epidural se pone a la mujer embarazada en la sala de dilatación. En la misma se encuentran, el auxiliar de enfermería, que ha preparado, siguiendo las órdenes del anestesista, la mesita con el campo estéril donde caen los instrumentos y utensilios para la inyección, catéter, gasas estériles, guantes estériles, jeringa, catéter y la ampolla del medicamento. Además de estos dos profesionales, se encuentra, también el celador, que es el encargado de movilizar a la paciente, y de sujetar los posibles movimientos bruscos del paciente por las contracciones que pudiera tener durante la anestesia epidural, ya que esta se pone en la medula espinal, y esta zona es muy sensible, pudiendo suponer que el anestesista pinche en la medula, provocando una hemiplejia y otras alteraciones en la paciente.

El anestesta decide la colocación del paciente, y ordena al celador la oportuna. Hay anestestas que prefieren la posición de la mujer sentada en la cama en Fowler, con las piernas estiradas y abiertas hacia el celador, y la espalda curvada, todo lo que la paciente, con la colaboración del celador, pueda realizar.

Otros especialistas anestestas eligen la posición en decúbito lateral, mirando la paciente hacia el celador, la cabeza en la parte superior de la cama, y los pies hacia el piecero, en el lateral de la cama, más cercano, al anestesta.

Mientras el celador, en el primero de los casos, sujeta a la paciente por los hombros, y le indica que encorve todo lo que pueda la espalda, el anestesta, con la colaboración del auxiliar de enfermería, a quien pide todo lo que necesita.

En primer lugar, coloca el catéter, por donde introducirá la aguja, buscando el sito idóneo de la espalda para inyectar el medicamento, en estos momentos, la mujer, sujeta por los hombros por el celador, no puede moverse absolutamente nada.

En el segundo de los casos, la mujer, en posición lateral izquierda, es sujeta por el celador por hombros y los muslos, y se repite el mismo protocolo del primero de los casos, el movimiento de la paciente, tiene que ser cero, sin opción a movilización alguna.

Terminada la anestesia de la epidural, el celador, colabora con el auxiliar de enfermería, en la colocación y acomodo de la mujer en posición de decúbito supino, con la elevación de la cabeza con la almohada de la cama.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración del celador en la colocación de la mujer embarazada para la inyección de la anestesia epidural es fundamental. La sujeción de la paciente para que no se mueva cuando el anestesta está inyectando el medicamento es importantísimo, porque un leve movimiento, podría provocar una hemiplejía en la misma, al pinchar en el sitio incorrecto o en la misma medula ósea de la mujer. De este modo, el celador, tiene que indicar a la paciente, con palabras amables mientras la sujeta, que no se mueva, y ser empático, con los dolores de parto que la misma está teniendo al mismo tiempo.

6 Bibliografía

1. La actuación del celador en intervenciones de cesárea. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Parto: anestesia epidural. Disponible en: <https://www.cigna.com>.

Capítulo 592

LA LABOR DEL CELADOR EN LA RESONANCIA MAGNETICA CON SEDACIÓN

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

1 Introducción

Una resonancia magnética se realiza a través de un gran imán y de ondas de radio. La resonancia magnética se utiliza para diagnosticar desde ligamentos, huesos y otras partes blandas del cuerpo humano. Otras enfermedades o accidentes que pueden observarse a través de una resonancia son las aneurismas, los problemas y afecciones de los ojos y oídos, la esclerosis múltiple, problemas de la medula espinal, traumatismos, accidentes cerebrovasculares, etc.

El paciente puede realizarse la resonancia magnética de tres modos distintos, según pautas del especialista que la demanda. Una es la resonancia simple, el paciente acude en ayunas, y simplemente se acuesta en la camilla de la resonancia, y sin moverse, permanece recibiendo ondas de choque durante media hora aproximadamente, aunque hay otras veces que puede alargarse este tiempo.

La segunda variedad es la resonancia con contraste, que consiste en introducir en el paciente, vía intravenosa, un líquido que tinte los órganos que se desean estudiar, para clarificar y ver mejor la lesión o el tumor.

La tercera manera de practicar una resonancia es con sedación, para aquellos pacientes, que la solicitan, porque se ponen nerviosos, sufren claustrofobia, se trata de niños, etc., y es en estos casos, cuando se requiere la presencia del anestesista y la del celador, cuyo trabajo se reseñará más adelante.

2 Objetivos

- Describir la funcionalidad de la resonancia magnética y sus variedades.
- Conocer la labor que el celador realiza en las resonancias magnéticas con sedación.

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

Casi un diez por ciento de los pacientes que se someten a una resonancia magnética, lo hace con sedación. La sedación consiste en la introducción de Propofol por vía intravenosa, y es el anestesista el encargado de realizar esta tarea, a pie de ventanilla del gran imán.

En estos casos, también se necesita la intervención del celador, en caso necesario, que también se encuentra a pie de la pantalla protectora.

El celador, previamente, ha bajado el carro de la medicación de la sedación de la zona de quirófano, y ha avisado al anestesista de la presencia o llegada del primer paciente. Generalmente, estos pacientes programados o no, con sedación, se realizan unos días concretos del mes, para contar con la presencia del anestesista. Una vez que el celador ha bajado y preparado el carro de la sedación, se dirige al servicio de archivos a recoger las historias clínicas de los pacientes que están

en el listado del día, y las traslada a la sala de resonancia, donde el anestesta estudiará, uno por uno, las posibles alergias a la medicación.

Los pacientes programados, es decir, aquellos que vienen de sus domicilios, con la resonancia citada de antemano, después de pasar por la sedación y terminada la resonancia, deben estar un tiempo en observación, para comprobar la evolución de esa sedación y del estado del paciente.

El celador se dirige al servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), donde recoge una de las camas que tienen en el mismo, y se dirige a la sala de la resonancia, donde trasladará al paciente de la camilla del imán, a la cama preparada. Esta cama, con el paciente, la sube a CMA, donde quedará el paciente un tiempo, hasta su despertar.

En otros casos, el paciente acude desde una de las unidades hospitalarias del centro, con su cama de habitación correspondiente. En estos casos, se realiza el traslado del paciente a una camilla para posteriormente pasarlo a la camilla del imán, y acomodarlo para recibir la sedación.

Una vez terminada la prueba, el celador, sube de nuevo a CMA, a dejar u otro paciente, hasta su despertar de la anestesia.

5 Discusión-Conclusión

Existen pacientes que por miedo a los espacios cerrados se deciden por la realización de la resonancia magnética con sedación. La sedación exige que el anestesta esté presente en cada momento, así como el personal de enfermería y el celador. Hay pacientes que no toleran o tienen cierta alergia a algún medicamento y puede ser necesaria una intervención del equipo rápida.

El cuidado y la atención en el despertar del paciente, cuya labor del celador de traslado debe ser inmediata, supone que en las resonancias con sedación intervenga otra unidad hospitalaria, en este caso, la CMA, donde el paciente permanece un tiempo prudencial hasta su alta médica.

6 Bibliografía

1. Resonancia magnética, qué es y para qué sirve. Disponible en: <https://www.hospitalvirgendelmar.es>.
2. Funciones del celador en el servicio de radiología. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Eficacia y eficiencia de los celadores en el servicio de radiodiagnóstico. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 593

MANEJO Y TÉCNICAS EN EL USO POR EL CELADOR DE LA GRÚA MECÁNICA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA LOPEZ

ALBERTO CARLOS MOLINA ORTEGA

MARIO PALOMARES JIMENEZ

FERNANDO LIZANO FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL VELA SANTOS

1 Introducción

La grúa mecánica es un artilugio que se utiliza, también, en el centro hospitalario. Su uso viene condicionado por la escasa movilidad del enfermo, por las circunstancias físicas o patológicas que presenta a causa de su enfermedad o por el estado crítico de salud en que se halla.

De este modo, aquel paciente que por su estado de salud tiene poca movilidad, pacientes con avanzada edad, hemiplejías, etc., para la prevención de úlceras y escaras por presión, necesitan ser levantados, asentados, aseados, y el único medio de realizar estas acciones, es con la utilización de la grúa mecánica.

Existen dos modelos de grúa mecánica en el medio hospitalario, la grúa eléctrica y la grúa manual.

- La grúa eléctrica consta de un batería recargable con electricidad.

- La grúa manual, se maneja manualmente.

En ambos casos, para la movilización de los pacientes, es necesario tener unos conocimientos, unas técnicas y una experiencia previa en su manipulación.

La utilización de la grúa mecánica siempre va acompañada del uso y manejo del arnés, y en otros casos, que se verá en el desarrollo de este capítulo de otros artilugios o mecanismos.

Es la figura del celador, el encargado de la utilización, manejo y uso de la grúa mecánica, en colaboración, siempre, con el personal sanitario, es este caso, con el auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

- Dar a conocer las características de los diferentes tipos de grúas mecánicas utilizadas en el centro hospitalario.
- Describir las técnicas que el celador pone en práctica en el uso y manejo de los diferentes tipos de grúas mecánicas.

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 y Dialnet.

4 Resultados

La grúa mecánica es usada por el celador en diversas circunstancias y variadas unidades hospitalarias.

En las unidades de hospitalización, a los enfermos, hay que levantarlos para evitar que le aparezcan las temibles úlceras por presión, de la cama al sillón.

La grúa mecánica eléctrica consta de un mando donde se disponen todas las posiciones que puede adoptar la misma.

El celador, en este caso, primeramente, coloca el arnés al paciente, con la colaboración del auxiliar de enfermería. El celador realiza el movimiento con el paciente

a posición lateral izquierda y se introduce parte del arnés, para pasar a la movilización del paciente a lateral derecha, para tirar del resto del arnés, y dejarlo puesto en la posición correcta.

El arnés consta de seis enganches, dos en la parte superior, dos en la parte dorsal y otros dos en la parte de los muslos, los cuales, serán sujetados al pulpo, la parte superior de la grúa, que desciende y asciende, cuando el celador pulsa en el mando los indicadores correctos. Enganchando, de dos en dos, en cada uno de los brazos, y subiendo suavemente al paciente, se coloca sentado en el sillón y se deja el arnés puesto, para la operación inversa, es decir, pasarlo del sillón a la cama.

Esta técnica realizada por el celador se usa en todas las unidades hospitalarias del mismo modo, a excepción de los aseos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, cuando se trata de pacientes que no pueden moverse por diagnóstico médico, pero sí, es necesario realizarle el aseo y el cambio de la ropa de cama.

En estos casos se utiliza la grúa mecánica eléctrica de ocho brazos y el levantamiento en posición supina. Se realiza en bloque, por lo que en este tipo de movilización el arnés no es útil. El celador usa, en colaboración con el resto de personal sanitario de la UCI, enfermeras y auxiliares de enfermería, unas agujas, llamadas así, porque son listones de resina muy resistente, que se pasan entre el cuerpo del paciente y la cama del mismo, deslizándolos, tantos, como sean necesarios, pasándolos por los pies, gemelos, corcovas de las rodillas, muslos, glúteos, cintura, espalda y cuello.

Estos listones en su final acaban con unos agujeros, donde irán las tiras, ocho en total, para engancharlas en el pulpo de ocho brazos, izando al paciente, para el aseo dorsal y posterior del cuerpo, y el cambio de la ropa de la cama.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el uso y manejo de las grúas mecánicas utilizado en el centro hospitalario tiene que tener un conocimiento y práctica extensa, puesto que la movilización de ciertos pacientes, como los críticos de la UCI, debe realizarse con sumo cuidado prestando una esmerada atención en el uso de los mandos de las mismas.

Aunque las grúas mecánicas manuales están desapareciendo, aún existen en algunos centros, y para la utilización de las mismas, el celador debe prestar especial cuidado en sus giros y bajadas y subidas, puesto que la fuerza motriz para la realización de estos movimientos, es la fuerza física del celador, evitando hacer daño

al paciente y prevenir lesiones de espalda para él mismo.

6 Bibliografía

1. El celador y su colaboración en la colocación del paciente en grúas mecánicas. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. El celador y sus materiales de trabajo. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Movilización de pacientes con grúa y tipos de grúas. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

Capítulo 594

RECOMENDACIONES A TENER EN CUENTA POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELACIONADAS CON LA CIBERSEGURIDAD

MARIA JOSE MORA CEREZO

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JOSEFA COUQUE MOTILLA

1 Introducción

En la actualidad, el aumento de la digitalización de datos médicos dado el avance de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) se ha visto acelerado dado que su uso tiene, entre otras, ventajas tales como mejorar la comunicación, agilizar y simplificar procesos de gestión, globalización, etc. por lo que se han convertido en un elemento indispensable para optimizar la atención sanitaria. Se puede decir que uno de sus elementos más característicos es Internet, entre otros. El auxiliar administrativo las usa en su día a día como herramienta principal para la gestión realizada durante su jornada laboral. Estos avances a favor de las TIC, a su vez, conllevan responsabilidades, ya que existe un mayor riesgo de

vulnerabilidad en cuanto a ataques en la seguridad de la información electrónica (ciberseguridad).

Al margen de que es una obligación que el centro de trabajo posea un sistema de seguridad para proteger la información, el auxiliar administrativo, dado que tiene acceso a una gran cantidad de información de naturaleza especialmente sensible, deberá tener conocimientos en ciberseguridad, siendo una condición necesaria para evitar filtraciones de información o accesos a datos no autorizados.

Crear buenos hábitos en materia de ciberseguridad constituye un gran punto a favor de la misma.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunas recomendaciones en materia de ciberseguridad básica para que el personal auxiliar administrativo sea consciente de los riesgos que se puedan presentar.

3 Metodología

Para la confección 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 redactados por el Instituto Nacional de Ciberseguridad, entre otros.

4 Resultados

Durante el trabajo diario que un auxiliar administrativo realiza, se encuentran tareas tales como gestionar el correo electrónico o utilizar programas informáticos que están conectados a un servidor, comprobar datos, etc. Ante el aumento de ataques y ciberamenazas que existen en internet, es necesario tener siempre en cuenta una serie de recomendaciones para minimizar el riesgo. Algunas de ellas serían:

- Contraseñas.

Generalmente, se utilizan contraseñas débiles y que se utilizan para varias cuentas, pero lo idóneo es utilizar unas más complejas y seguras que no contengan información personal ni patrones, fáciles de recordar y que no sean las mismas para todo. Es importante ir cambiando de contraseña de forma periódica y no almacenarla en los navegadores.

- "Phishing".

Según el Instituto Nacional de Ciberseguridad, se define "phishing" como "técnica donde los ciberdelincuentes se hacen pasar por otra persona o entidad a través del correo electrónico" con el fin de "engañarnos y que realicemos alguna acción bajo cualquier excusa, generalmente acceder a una página fraudulenta o descargar un fichero infectado". Se aconseja revisar si la dirección de correo recibido está mal escrita o contiene errores gramaticales u ortográficos, haciéndola sospechosa.

- No utilizar las mismas cuentas de correo electrónico para el entorno laboral y actividad personal. Por ejemplo, no utilizar la dirección de email del trabajo para registrarse en tiendas online.

- Acceder siempre a redes de internet seguras.

- "Vishing":

El Instituto Nacional de Ciberseguridad lo define como el "ataque basado en ingeniería social, donde el atacante se hace pasar por una persona que no es, llamándonos por teléfono e intentando que le facilitemos información personal, accedamos a una página web fraudulenta o instalemos algún programa para tomar el control de nuestro dispositivo. Frecuentemente, se hacen pasar por el servicio técnico del sistema operativo de nuestros dispositivos."

- Se recomienda cerrar sesión en los casos en los que el puesto de trabajo sea compartido.

- Realizar copias de seguridad de forma periódica.

5 Discusión-Conclusión

Los ataques informáticos en la actualidad tienen múltiples vías de acceso. Es importante que, al margen de que haya implementados sistemas de seguridad a nivel general, el personal sea capaz de detectarlos y prevenirlos y para ello la mejor herramienta es la información sobre en qué formas se pueden dar y cuáles de ellas están en mano del personal para evitarlas.

Es condición necesaria que el auxiliar administrativo tenga en cuenta una serie de hábitos de buenas prácticas en ciberseguridad para estar protegido frente a un ataque informático, no obstante, lo más importante es actuar con precaución y estar siempre alerta ante posibles sospechas.

6 Bibliografía

1. <https://www.watchguard.com/es/wgrd-news/blog/12-basicos-y-necesarios-habitos-de-ciberseguridad>.
2. <https://soydigital.com/los-10-malos-habitos-de-ciberseguridad-que-debes-evitar/>.
3. <https://www.pichincha.com/portal/blog/post/consejos-seguridad-informatica>.
4. <https://www.incibe.es/ciudadania/blog/conceptos-basicos-de-ciberseguridad-que-debes-conocer>.
5. <https://www.comunicare.es/ciberseguridad-basica/>.
6. <https://usecim.net/2020/12/22/la-guia-definitiva-sobre-las-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion/>.

Capítulo 595

ENFERMEDAD DEL TÚNEL CARPIANO EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA JOSE MORA CEREZO

VERÓNICA PÉREZ ORTIZ

MARÍA TERESA GARCIA JIMENEZ

MERCEDES GARCÍA GARCÍA

JOSEFA COUQUE MOTILLA

1 Introducción

Uno de los riesgos ergonómicos que afectan al auxiliar administrativo relacionados con el uso de la informática es el síndrome del túnel carpiano. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) define el síndrome del túnel carpiano (STC) como “síndrome neurológico producido por el atrapamiento del nervio mediando en el túnel carpiano, estructura que comparte con los tendones flexores de los dedos y vasos sanguíneos”.

Las causas más importantes que provocarían esta lesión en este caso, serían las posiciones y movimientos de las muñecas en los que se desvía la mano de su posición natural, algo que se produce por el manejo del teclado y el ratón de forma continua así como el apoyo prolongado de la misma.

Los síntomas del túnel carpiano se caracterizan por la aparición de hormigueo, dolor y debilidad en la palma de la mano, sobre todo en el dedo pulgar, y entumecimiento, que puede irradiarse hacia el brazo. Inicialmente, esta sensación de trastorno de la sensibilidad aparece en reposo y por la noche se hace más dolorosa.

Es importante saber identificarlo y conocer qué medidas preventivas se pueden llevar a cabo para evitarlo o en caso que ya se haya producido, paliar su efecto.

2 Objetivos

- Identificar las causas que pueden provocar esta enfermedad en el auxiliar administrativo.
- Exponer algunas medidas preventivas para evitarlo o minimizar sus efectos.

3 Metodología

Para la confección 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 redactados por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros.

4 Resultados

Este tipo de lesión es más frecuente en las mujeres ya que el túnel carpiano es más estrecho al ser el diámetro de la muñeca más reducido, por lo que los tendones se inflaman con más facilidad.

Hay alteraciones de tipo metabólico o problemas traumatológicos de muñeca tales como artrosis o fracturas, por ejemplo, que también pueden repercutir en su aparición.

A continuación se exponen una serie de medidas para prevenir este síndrome en el ámbito laboral del auxiliar administrativo:

- Comprobar si las condiciones ergonómicas del puesto de trabajo son las adecuadas teniendo en cuenta que se pueda apoyar sobre la mesa todo el antebrazo para que la muñeca esté lo menos forzada posible y alineada con el brazo en todo

caso. Para ello es necesario que la altura de la silla sea la adecuada y se deberán tener en cuenta también la posición y orientación del teclado, pantalla y ratón.

- Uso de ratón vertical que ayuda a que la posición de la muñeca sea más natural evitando así la posición forzada del antebrazo y muñeca, uso de gavetas para teclados, almohadillas para ratón ergonómicas, protectores de muñeca, etc.
- Realizar descansos frecuentes y parar siempre en los casos en los que se sienta hormigueo o dolor.

Para diagnosticarlo, se realiza en primer lugar una exploración física, aunque esta no suele aportar resultados precisos, y en segundo lugar se realizan pruebas diagnósticas que pueden comprender pruebas radiodiagnósticas, exploraciones electrofisiológicas y analíticas.

El tratamiento de esta enfermedad dependerá del grado de la misma, abarcando desde técnicas manuales específicas y ejercicios de deslizamiento neural, fármacos orales e infiltraciones, hasta la necesidad de usar la cirugía en los casos más severos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del túnel carpiano (STC) afecta a un porcentaje elevado de auxiliares administrativos debido, sobre todo, al apoyo prolongado de la muñeca realizando movimientos repetitivos fruto del uso del teclado y ratón durante largos periodos de tiempo.

Para evitarlo y/o minimizar su efecto, la clave reside en adoptar una serie de medidas preventivas y recomendaciones. El uso de un teclado y ratón ergonómicos, evitar tensiones en la mano adoptando una posición adecuada durante el uso del ordenador, realizar descansos frecuentes y/o cambio de tareas o la realización de ejercicios que hagan que la zona se fortalezca, son algunas de ellas.

Capítulo 596

EL PINCHE DE COCINA EN LA PRÁCTICA DE LA TÉCNICA DE ESCALADO

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

MONICA GARCIA RUBIO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

ELENA MARTÍNEZ BENITO

1 Introducción

La técnica de escalado es un método de higienización por calor de los alimentos. Es caracterizado por ser leve o suave, que consiste en someter un producto o alimento durante un periodo de tiempo establecido (todo depende del producto) a una temperatura inferior a 100 grados centígrados.

Cuando se realizan este tipo de procedimientos (higienización por calor) se busca eliminar la gran mayoría de los microorganismos que puedan infectar o contaminar los alimentos que constituyen el menú de un hospital.

La técnica a emplear dependerá siempre del alimento y del grado de contaminación que presente.

Existen diversos tipos de métodos por calor:

1. Pasteurización.

2. Ultrapasteurización.

3. Escalados (en la que nos centraremos en todo el capítulo).

4. Esterilización.

Posiblemente, la técnica de escalado, es la menos conocida, por este motivo, nos gustaría darle visibilidad y poner en común sus características más importantes. La técnica de escalado, a diferencia del resto, es un procedimiento que puede llevarse a cabo en la cocina hospitalaria, ya que, es preciso, agua y calor. Algo que podemos conseguir con unos materiales básicos en la cocina.

El pinche de cocina, debe conocer a la perfección este método y su procedimiento, ya que, es quien apoya en cocina, y su principal función es la de luchar contra los microorganismos, a través de cualquier técnica o función que realicen.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento o técnica de higienización por calor. El escalado.
- Comprender la importancia de este mecanismo.
- Eliminar microorganismos y sus esporas de los alimentos.
- Identificar las funciones del pinche de cocina en este ámbito.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los alimentos los cuales se utiliza el procedimiento llamado escalado, son las hortalizas, es una forma muy común para recuperar su color, o poder encogerlas, se suele realizar antes de proceder a su congelación, de esta forma, evitamos el pequeño porcentaje de que las bacterias u otros microorganismos continúen reproduciéndose.

Antes de realizar la higienización, el pinche de cocina, deberá lavar a conciencia las verduras, cerciorándose de que quedan perfectas.

Una vez que los alimentos están lavados, debe ponerse, en una cacerola adecuada agua a su punto de ebullición (hasta que hierva) donde se sumergirán las verduras.

Una vez terminado, se deben conservar en bolsas destinadas a salvaguardar comestibles (estériles y con cierre hermético). Los pinches deberán indicar la fecha en la que se va a realizar la congelación.

Esta técnica es muy eficaz, ya que elimina bacterias, mohos y levaduras. Además, consigue “aturdir” a las formas mas resistentes, haciéndoles perder fuerza.

El escalado, tiene dos variantes:

1. Escalado realizado con agua caliente: La inmersión de los alimentos se realiza a menos de 100°C (entre 85°C y 95°C aproximadamente). Es un proceso muy cómodo y seguro, ya que permite vigilar durante todo el tiempo.

Una de las desventajas de este procedimiento es la cantidad de agua, ya que el agua, elimina gran parte de las vitaminas de las frutas, verduras y hortalizas, quedando dispersas en la propia agua.

2. Escalado realizado mediante medios químicos: Es utilizado cuando el resto de propuestas pueden dañar en exceso el alimento hasta poder dejarlo inservible.

En este caso, se lleva a cabo la utilización de sulfitos, y ciertos químicos.

3. Escalado realizado mediante vapor: El alimento es higienizado mediante el vapor, el cual, asegura mantener sus cualidades nutricionales casi intactas. Pero su desventaja, es que resulta menos eficiente que el resto de métodos mencionados. En este caso, el tiempo y la temperatura son muy difíciles de controlar.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos comentado, las técnicas de higienización mediante calor, son complicadas de realizar en las cocinas de los hospitales, pero la técnica de escalado, es una de las más sencillas y más fáciles de utilizar en este ambiente.

El pinche de cocina, es quien se encarga de preparar cada verdura, hortaliza o fruta que se va a higienizar, así como, será quien pueda controlar los tiempos, así como, la temperatura. Incluso, será quien prepare todo para su posterior congelación.

El trabajo del pinche de cocina consiste en apoyar a todos los protocolos y técnicas que se realizan, es por ello, que es tan importante cada función que desempeñan.

6 Bibliografía

<https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/escaldado-de-alimentos-para-mayor-inocuidad.html>

Capítulo 597

EL PINCHE DE COCINA Y EL PROTOCOLO DE DIETA HOSPITALARIA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

ELENA MARTÍNEZ BENITO

CRISTINA CAMARENA CRIADO

MONICA GARCIA RUBIO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

1 Introducción

Cuando hablamos de los protocolos dietéticos dentro de un hospital, nos referimos, normalmente, a los códigos de dietas que se encuentran establecidas dentro de él.

Dependiendo de la magnitud del centro sanitario y las características que desempeñen, se podrán encontrar una serie de dietas, no es lo mismo, por ejemplo, un hospital dedicado exclusivamente a pacientes geriátricos, que un hospital de alto espectro, o un hospital dedicado exclusivamente a pacientes psiquiátricos.

Es decir, siempre se atenderán dietas destinadas al tipo de paciente, patologías, sexo, edad, etc.

Las dietas establecidas se encuentran registradas en un manual, donde se especifica el menú y características nutricionales que se desean abordar. Pueden llegar

a ser muy variadas, desde una dieta basal o normal, a cualquier tipo de dieta terapéutica (diabético, hiposódica, hiperproteica, etc.)

Existen innumerables dietas terapéuticas, ya que, como muchos sabemos, la alimentación es la base de la salud, sin excepciones.

Los pinches de cocina, dentro de su ámbito, deberán conocer de qué forma están constituidas cada una de las mismas, y cuáles son las características más reseñables.

Estas dietas se elaboran con conciencia, y siempre intentando abordar los micro y macronutrientes, calorías, texturas, sabor, etc. que precisan los pacientes en menú semana – diario.

2 Objetivos

- Dar a conocer a grandes rasgos los protocolos dietéticos de un centro hospitalario.
- Comprender la importancia de establecer un código dietético.
- Identificar al pinche de cocina en este protocolo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los protocolos dietéticos de un hospital o un centro destinado a la salud del ciudadano, como hemos mencionado, están establecidos. Pero se componen de una serie de características:

1. Estructura de las dietas:

Donde se debe expresar las principales características de la dieta, en concreto, donde se engloban los alimentos que pueden o no incluirse, las combinaciones de platos y elementos más favorecedores, así como, los que no lo son tanto.

La valoración nutricional, con el recuento de micronutrientes y macronutrientes, así como las kilocalorías que deben existir, las cantidades en gramos, incluso, anotaciones haciendo referencia a ciertas texturas y consistencias.

También, es muy común la existencia de fichas técnicas donde expliquen la elaboración, los ingredientes y la manera de cocinado.

2. Los menús:

Los menús deberán estar perfectamente establecidos, a nivel semanal y diario. Suelen centrarse en la dieta más utilizada y consumida de las zonas, como por ejemplo las materias primas más consumidas por los ciudadanos de un sitio en concreto. Además, se deben utilizar ingredientes que sean originarios de la zona, como las frutas.

Es indispensable, también, ofrecer frutas y hortalizas de temporada. De esta forma, garantizamos la frescura de los alimentos, así como, eliminamos condimentos, estabilizantes y conservantes innecesarios.

3. Las fichas Técnicas:

Las fichas técnicas deben estar completamente actualizadas con respecto a cualquier modificación, donde se especificará cualquier apunte llevado al punto de higiene y sanitario.

4. Cambios de menús:

Dependiendo de la estación en la que nos encontremos, pueden ofrecerse una serie de elaboraciones diferentes, por ejemplo, en verano, se prefieren cosas más fresquitas (como un gazpacho) que las calientes (como un cocido). Pero no solo consiste en esto, sino, que debe haber un cambio de menú cada semana, al menos con una rotación diferente cada dos o tres semanas. Esto permite al usuario sorprenderse con la comida y no comer con desidia.

5 Discusión-Conclusión

Estos protocolos de dietas, deben ser conocidos por todos los integrantes de una cocina, ya que es fundamental para el correcto desarrollo de la misma.

Los pinches de cocina deben conocer cada código, así como todo lo que puede ofrecerse en su lugar de trabajo.

Las equivocaciones suelen darse bajo el desconocimiento, es por esto, que es tan importante controlar cada protocolo que se establece y llevarlo a cabo con conciencia y esmero para lograr un efectivo trabajo en equipo.

El trato al paciente desde la cocina es uno de los factores más importantes, ya que, bajo la nutrición y alimentación, se cuida la salud y el bienestar del enfermo.

6 Bibliografía

1. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/41597/mod_resource/content/1/Modificaciones/R._Colectiva_Tema_13.

Capítulo 598

EL PINCHE DE COCINA Y LA LIMPIEZA DE LOS MATERIALES UTILIZADOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

PURIFICACIÓN DÍAZ DEL CAMPO GARZÁS

CRISTINA CAMARENA CRIADO

MARÍA DE LA SIERRA CAMACHO CAÑADILLA

ELENA MARTÍNEZ BENITO

MONICA GARCIA RUBIO

1 Introducción

La limpieza e higiene de los materiales utilizados en la cocina es indispensable para evitar que existan ciertas contaminaciones cruzadas, contaminaciones por microorganismos patógenos y gérmenes, acumulación de grasa, y más factores relacionados con las condiciones de higiene deficientes.

La higiene de estos artilugios no solo es fundamental para librar al paciente de posibles infecciones, sino, que supone la importancia de que el paciente coma o no coma. Debido a una mala presentación en menaje y bandejas, por ejemplo.

A veces, la contaminación puede provocar en el paciente leves problemas, como un mal estar, o incluso mostrarse asintomático, pero también puede agravar seriamente su situación clínica y basal.

Debemos tener siempre en cuenta, de que los pacientes se encuentran con un nivel bajo de defensas, al menos la mayoría, debido a la enfermedad que le ha llevado al ingreso, por lo que un problema de contaminación, por minúsculo que sea, podría causar una infección y por lo tanto un empeoramiento de su salud. La limpieza implica higiene en todos sus sentidos, pero también abarca el concepto de organización y colocación. Algunos de los microorganismos mas presentes en las intoxicaciones alimentarias continúan vigentes por nuestra mala praxis en la higienización y limpieza. La función del pinche de cocina en este caso, resulta de las más importantes.

2 Objetivos

- Conocer la correcta higiene de los materiales utilizados en la cocina del medio hospitalario.
- Comprender la importancia del pinche de cocina centro de este cometido.
- Lograr erradicar las contaminaciones por microorganismos y gérmenes.

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

Cuando hablamos de la higiene de los materiales, todos sabemos a que nos referimos, pero es muy importante comprender, que, la higiene deriva de mucho antes.

La higiene y limpieza del profesional encargado de realizar la limpieza, es decir, del personal.

Las manos siempre deberán estar lavadas, antes de estar en contacto cualquier artilugio o cualquier alimento dentro de la cocina.

El pelo, nunca deberá estar descubierto, deberá estar tapado con gorros destinados a este servicio, y, es recomendable que sean desechables.

La boca y nariz deberán encontrarse tapadas, mediante las mascarillas, ya que, sin quererlo, podemos transmitir gérmenes que contengamos en nuestro interior, además de nuestra propia boca como ciertas bacterias.

No deberán usarse bisutería ni joyas, ya que en el metal, pueden permanecer ciertos microorganismos, además de que podrían caer en los alimentos.

Las uñas, deberán estar perfectamente cortadas y limpias en todo momento.

Las superficies de la cocina, deben limpiarse periódicamente, aconsejablemente, al finalizar la jornada, a no ser, que se precise de una limpieza anterior a este.

Los materiales que han estado en contacto con alimentos crudos, deberán ser perfectamente lavados y apartados del resto de alimentos ya cocinados.

Los cubos de basura deberán ser cambiados con frecuencia, así como, deberán encontrarse alejados de la zona de trabajo.

Los instrumentos de limpieza destinados a expandir los productos como las bayetas, deberán encontrarse en estado íntegro, siempre que se precise, deberá cambiarse.

El fregadero, es una de las zonas que puede estar más contaminada, por lo que es imprescindible su limpieza periódica.

Los químicos utilizados para la desinfección deberán estar testados, y siempre deberemos asegurarnos de que los instrumentos se encuentran perfectamente aclarados. De esta forma evitaremos la contaminación por químicos y tóxicos.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del pinche de cocina a la hora de realizar la higiene del instrumental utilizado en la cocina, independientemente de si es maquinaria, utillaje o baterías, es fundamental, si se realiza de una forma adecuada, la salud del paciente se mantendrá sin factores que puedan empeorarla.

Los cometidos desarrollados y relacionados con la higiene, son la base de una atención limpia y sana con respecto a los usuarios.

Se debe valorar bajo todos los puntos la tarea del profesional que pone en práctica cada norma y protocolo de higiene, en busca de proteger a los alimentos de cualquier contaminación posible, y por lo tanto, del paciente.

6 Bibliografía

<https://es.wikihow.com/limpiar-los-utensilios-de-cocina>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942021000400451

Capítulo 599

TÉCNICAS DE LA SOLDADURA CON LLAMA POR LOS CALEFACTORES DE UN HOSPITAL

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

1 Introducción

Para realizar soldadura por llama, una de las técnicas de soldadura que utiliza el Calentador Sanitario en sus trabajos de reparación y montaje de equipos en centros Hospitalarios. Funciona aplicando calor al material de relleno para fundirlo en las piezas de metal, haciéndolo firme y uniforme. Cuando las piezas se enfrían, su unión se solidifica y se vuelve compacta. Se requiere una cualidad especial.

Las piezas no deben exponerse a temperaturas superiores a su límite estructural ya que esto podría provocar deformaciones y deterioro.

Para evitar que las piezas se oxiden y sulfuren, el proceso de soldadura libera gases que forman una barrera alrededor de la soldadura.

Las piezas deben estar libres de químicos, polvo y líquidos para un proceso de unión exitoso. Para soldadura en tuberías las piezas deben prepararse con bisel

en la zona de soldadura y separadas para facilitar la penetración en piezas con espesor adecuado. Además, se utilizan fundentes (en polvo, en pasta, líquidos) para evitar la oxidación de los materiales y que puedan soldarse eficazmente.

Los primeros pasos son los mismos: lijar la zona de la pieza al tamaño adecuado, limpiar la zona de trabajo con disolvente y luego calentar la pieza con un soplete de butano. El Calefactor Sanitario de este tipo se acerca a la pieza con una varilla fabricada en latón y fundente.

En este capítulo, repasaremos cada tipo de soldadura por llama con más detalle.

2 Objetivos

explicar el uso que hace el Personal de Calefacción Sanitaria de la técnica de soldadura por llama y su aplicación en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para preparar y elaborar este capítulo, se realizó una revisión bibliográfica, recopilando datos de varios libros con un enfoque en el mantenimiento de instalaciones públicas y funciones de calentadores en centros de salud, así como la aplicación de técnicas de soldadura por llama en el mundo real.

4 Resultados

El Servicio de Calefacción del Personal de Mantenimiento de un Centro Hospitalario utilizará un tipo diferente de proceso de soldadura dependiendo de las propiedades de los materiales, el trabajo de su carga y la ubicación donde se debe realizar el trabajo de soldadura. Podemos dividir la soldadura por llama en tres categorías: o Soldadura Blanda, que se utiliza para unir.

Se deben soldar dos piezas de forma idéntica a baja temperatura, menos de 500 °C. El material de relleno lo utiliza el calentador sanitario para unir las piezas; a medida que se derrite, se extiende a lo largo del contorno. involucrando a las dos piezas. La soldadura con estaño es un ejemplo de este tipo de soldadura y es ideal para unir rejillas delgadas, cables eléctricos y terminales eléctricos, entre otras cosas.

El Calentador para unir las piezas debe fabricarse cortando y lijando las superficies de las piezas a soldar al tamaño adecuado, limpie el área de trabajo con solvente antes de colocar el soldador y se proporciona temperatura entre las dos

piezas mientras se se aplica el material. de apoyo. Como la temperatura es la adecuada, el material comenzará a derretirse.

Después de dejarla enfriar, se limpia la pieza para eliminar cualquier residuo que luego pueda causar daños. o Soldadura fuerte: Su proceso de producción es muy similar al de la soldadura blanda, y comparte muchas de las mismas características. el material de relleno (latón, plata y aluminio) y el fundente deben soldarse a temperaturas mucho más altas, entre 500 y 900 oC.

Para este tipo de soldadura se utiliza butano y un soplete regulador de llama. Para soldar con esta técnica se utilizan materiales que soportan mayores cargas de trabajo y temperaturas particularmente altas.

5 Discusión-Conclusión

Para utilizar este tipo de equipos de llama sin dificultad ni riesgo, el Servicio de Calentadores Sanitarios también los utiliza para cortar piezas grandes y gruesas (según el trabajo).

Para hierro y acero, consulte la mezcla y la boquilla del soplete.

Para el correcto uso de este equipo de soldadura, también debemos estar equipados con los equipos de protección individual y colectiva necesarios, así como salvaguardas para la zona de soldadura.

Aunque este tipo de soldadura es muy efectiva y fomenta la creatividad, como ya hemos comentado, es fundamental que utilicemos equipo de seguridad para realizar el trabajo de forma segura.

6 Bibliografía

1. www.google.es

Capítulo 600

EL CALEFACTOR SANITARIO: FUNCIONES EN EL SERVICIO DE LA LAVANDERIA DE UN HOSPITAL

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

1 Introducción

El Servicio de Salud de Castilla La Mancha dispone de un número de lavanderías industriales públicas para el suministro de los distintos materiales textiles y de lino (sábanas, batas, toallas, pijamas y uniformes para diversos profesionales).) a los diferentes hospitales. hospitales, establecimientos de salud y no sólo una provincia sino varias. poner en marcha.

Los calefactores sanitarios, por ejemplo, como son personal de mantenimiento que debe realizar un mantenimiento eficiente y de alta calidad. Para ello reciben formación a a través de clases y seminarios, pero lo más importante es que deben cumplir con los estándares establecidos por los distintos proveedores de la maquinaria utilizada en estas instalaciones. de. mantenimiento en el que se pone en práctica con minuciosos procesos todo lo aprendido en aquellos cursos

impartidos por diversas marcas, como (Gibao, Orión, Jessen, entre otras) que son fabricantes de planchadoras, túneles de planchado y los túneles de lavado. Examinaremos planchadoras, secadoras, alimentadores y plegadoras de uniformes en este capítulo para disipar cualquier confusión y aprender cómo utilizar las pautas de mantenimiento proporcionadas por el fabricante de la máquina para abordar una variedad de fallas y problemas provocados por el nivel de carga necesario para este tipo de máquina.

2 Objetivos

Conocer las labores del personal de mantenimiento como es el calefactor que trabaja en el mantenimiento de una lavandería pública y las posibles averías originadas por el continuo funcionamiento, evitando posibles fallos de funcionamiento.

3 Metodología

En el caso de una lavandería hospitalaria, se realiza una búsqueda en el Reglamento de Instalaciones y Trabajos para determinar los requisitos que se deben cumplir en cuanto a diseño de instalaciones, mantenimiento e inspección de las lavadoras, sistemas de limpieza, producción de calor y partes mecánicas. de una instalación de servicio de lavandería.

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.

Para garantizar un rendimiento óptimo y prolongar la vida útil del equipo, el mantenimiento de los equipos de lavandería hospitalaria es crucial. Los problemas de mantenimiento del calentador del hospital deben tenerse en cuenta para:

1- La limpieza periódica es necesaria para mantener la eficacia del equipo de lavandería y evitar la acumulación de residuos. Esto implica la limpieza de las partes internas de las máquinas, como sus filtros, tambores y conductos.

2- Ajuste y calibración: Para que el equipo funcione correctamente y produzca resultados precisos, es necesario ajustarlo y calibrarlo periódicamente. Para hacer esto, debe examinar la presión, la temperatura y otros parámetros pertinentes de las máquinas.

3- Mantenimiento preventivo: Para evitar fallas y prolongar la vida útil del equipo, es recomendable implementar un programa de mantenimiento preventivo que incluya inspecciones de rutina, reemplazo de partes desgastadas, lubricación de partes móviles y otras tareas necesarias.

4- Capacitación del personal técnico: Es fundamental que el personal técnico reciba capacitación en el mantenimiento de los equipos de lavandería del hospital. Esto asegura que el equipo se manipule correctamente, que las operaciones sean continuas y que haya una respuesta rápida en caso de problemas o averías.

5- Gestión de repuestos y suministros: Es crucial mantener un stock adecuado de los suministros y repuestos necesarios para mantener el equipo de lavandería. Se incluyen todos los demás componentes necesarios para que el equipo funcione correctamente, como lubricantes, agentes de limpieza y piezas de repuesto

5 Discusión-Conclusión

El calentador sanitario debe revisar rutinariamente y asegurar el mantenimiento a través de protocolos de trabajo para este equipo con el fin de garantizar un funcionamiento óptimo, lograr la producción deseada y satisfacer las necesidades. Además, debe haber una limpieza diaria de todos los componentes, desinfección de las áreas más vulnerables a los contaminantes que podrían contaminar otras áreas y un lavado de ropa que cumpla con las normas de seguridad.

Por ultimo como ya se mencionó, el personal de mantenimiento como son los calefactores en el ámbito sanitario se encarga de inspeccionar las presiones de trabajo para asegurar el correcto funcionamiento de estos equipos, mantener un nivel constante de ropa, así como una eficiencia energética muy importante. , sensores, tuberías o piezas de conexión con posibles fugas y componentes de seguridad.

6 Bibliografía

www.google.es

www.scielo.org

Capítulo 601

EL CALEFACTOR EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIABILIDAD DE LOS EQUIPOS SANITARIOS

FRANCISCO MANUEL CEJUDO AGUILAR

JOSE ALTAMIRANO SANCHEZ

JAVIER ALTAMIRANO VILLANUEVA

FRANCISCO LÓPEZ CUTANDA

JOSÉ RAMÓN MOYA RUIZ

1 Introducción

La definición de mantenimiento es "un conjunto de acciones destinadas a restaurar o mantener piezas, maquinaria o sistemas en un estado que les permita realizar sus funciones. Debido a esto, los trabajadores de mantenimiento, al igual que los calentadores, también utilizan términos como "mantenibilidad" y "fiabilidad" en su vocabulario cotidiano. Estos términos se refieren a la eficacia y seguridad con la que los componentes y equipos llevan a cabo sus funciones previstas, preservando al mismo tiempo el medio ambiente y haciéndolo al menor coste posible.

Para que los equipos y sistemas sean confiables, estén disponibles y se mantengan, se requiere inversión financiera y riesgo.

De este modo, es la calidad, más que la cantidad de herramientas y materiales utilizados, lo que determina el cumplimiento de los plazos. En otras palabras, la organización o empresa gastará dinero para aumentar sus coeficientes de seguridad.

El tamaño de esta inversión cambiará según las características de la empresa u organización. La inversión de capital es aún mayor porque la institución en cuestión, un centro de salud, tiene como objetivo principal mantener la salud de la población. Comprender cómo el personal de mantenimiento puede impactar la confiabilidad y accesibilidad de los equipos biosanitarios a través de su trabajo requiere un análisis de este grupo de personas.

2 Objetivos

Analizar cómo se aplican los criterios de mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad en instituciones sanitarias por parte del calefactor como profesional de mantenimiento.

3 Metodología

En la revisión bibliográfica se utilizaron diferentes bases de datos de estudios observacionales descriptivos transversales. Fue posible localizar los artículos requeridos con fundamentos científicos utilizando una serie de descriptores como palabras clave. Se han utilizado palabras clave como mantenimiento, mantenibilidad, confiabilidad, salud y disponibilidad.

4 Resultados

Es importante pensar en cada una de las ideas antes mencionadas por separado. La expectativa de que un sistema pueda repararse o mantenerse dentro de un plazo establecido es la primera definición de "mantenibilidad". Si se definiera en términos de "probabilidad", la mantenibilidad tendría que ver con la probabilidad de que la maquinaria que ha manifestado una falla o falla sea reparada dentro de un período de tiempo predeterminado. Por lo tanto, este criterio está limitado por la hora de inicio, el tiempo de ejecución y la hora de reparación de cada día. Es importante considerar cuánto tiempo lleva identificar o localizar un problema, así como cuánto tiempo lleva desmontar, ajustar y probar un sistema. Cada uno de

ellos se verá directamente impactado por las capacidades, experiencia y capacidad de diagnóstico y respuesta del equipo de mantenimiento. Su identificación como una variable a la que estaba conectada.

La confiabilidad y la disponibilidad, por otro lado, aumentan cuando se pueden reducir los tiempos de respuesta y se mejora la capacidad de mantenimiento.

Debido a su relación de beneficio mutuo, si uno se desempeña mejor, los otros dos también lo hacen mejor, y viceversa.

Las mejoras en la habilidad profesional, la planificación proactiva del mantenimiento y la facilidad con la que el equipo de trabajo puede realizar el mantenimiento también se han relacionado con mejoras en la mantenibilidad, disponibilidad y confiabilidad. También es necesario conocer las diversas herramientas y sistemas que estos trabajadores emplean en el trabajo.

La capacidad para completar las tareas de planificación con éxito aumentará una vez que conozca estos criterios. Para que los equipos y sistemas sean confiables, estén disponibles y se mantengan, se requiere inversión financiera y riesgo.

5 Discusión-Conclusión

En los sistemas de salud, la confiabilidad es crucial. Necesitará obtenerlo:.

1. Invierta en capital, teniendo en cuenta que los ahorros a corto plazo pueden generar costos a largo plazo. Según la evidencia científica, para prevenir amenazas a la salud pública se requieren inversiones de capital en medidas preventivas.

- 2 Posteriormente, ocúpate del mantenimiento. Las características del personal de mantenimiento, la experiencia y la capacidad de toma de decisiones fueron los criterios examinados en este estudio.

3. La amplitud de estos expertos y equipos, así como su capacidad de planificación y organización, es crucial.

Como conclusión, debemos recordar que los profesionales formados, al igual que los calefactores, son fundamentales para la optimización de los recursos.

6 Bibliografía

1. www.google.es
2. www.pubmed.es

Capítulo 602

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MIRIAM CABAÑAS MORENO

CRISTINA REDRUEJO MORA

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

1 Introducción

La documentación clínica es un componente fundamental en el ámbito de la atención sanitaria, ya que abarca información sensible acerca de los antecedentes biológicos de un usuario, así como detalles esenciales que son imprescindibles para que el profesional de la salud pueda llevar a cabo una atención adecuada. La documentación clínica no se limita simplemente a ser un registro de datos; es la columna vertebral que sustenta la toma de decisiones médicas y garantiza una atención de calidad.

La documentación clínica incluye todos los documentos generados en el proceso de atención sanitaria y su correspondiente administración. La Ley 41/2002, del 14 de noviembre, que regula la Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en relación con la información y documentación clínica, establece las

bases legales de esta práctica. Dentro de este marco, la historia clínica representa la recopilación de documentos que contienen evaluaciones, datos e información relevante sobre la evolución médica del paciente a lo largo de su tratamiento. Además, esta legislación respalda el derecho del paciente a que toda la información relacionada con su atención esté debidamente registrada.

En un entorno donde la toma de decisiones médicas requiere información precisa y una comprensión exhaustiva de la situación del paciente, la documentación clínica desempeña un papel esencial al sostener la calidad de la atención y al poner al paciente en el centro de la atención médica.

2 Objetivos

Evaluar las actividades realizadas por los auxiliares administrativos en relación con la gestión de la documentación clínica en el ámbito sanitario.

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"; "documentation"; "clinic" y "management" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

La gestión de la documentación representa un desafío que impone a los auxiliares administrativos la responsabilidad de mantener un estándar de precisión absoluto. Cada detalle cuenta, ya que cualquier error, por mínimo que parezca, podría desencadenar consecuencias potencialmente graves para los usuarios del sistema de salud. En este contexto, la búsqueda de la exactitud del 100% se convierte en un imperativo ineludible.

Además, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la organización y el almacenamiento de los expedientes médicos de los pacientes. La correcta disposición de estos documentos es vital para garantizar que estén disponibles cuando se requiera, lo que a su vez asegura una atención médica fluida y eficiente. Para alcanzar este objetivo, se espera que los auxiliares logren al

menos un 95% de eficiencia en la búsqueda y recuperación de la documentación clínica, lo que se traduce en un acceso rápido y confiable a la información esencial.

En cuanto a la privacidad, otro pilar fundamental de la labor de los auxiliares administrativos es la protección de la confidencialidad de los datos médicos. Este aspecto no admite concesiones, ya que el cumplimiento del 100% en materia de privacidad es esencial para proteger la información sensible de los pacientes, preservando así su confianza en el sistema de atención médica.

Una observación interesante es que una gestión documental precisa y completa por parte de los auxiliares administrativos puede contribuir de manera significativa a la reducción de errores en los diagnósticos médicos. Se ha registrado una disminución de hasta el 30% en la incidencia de fallos diagnósticos cuando se evitan malentendidos y registros incorrectos. Esta estadística subraya aún más la importancia de la labor de estos profesionales en el cuidado de la salud de los pacientes.

Por último, la implementación de sistemas electrónicos de gestión documental emerge como un recurso valioso para aumentar la productividad de los auxiliares administrativos en el ámbito de la atención médica. Este avance tecnológico puede generar un aumento notable del 20% en la capacidad de procesamiento de información clínica, lo que repercute positivamente en la eficiencia global de la atención médica y la administración de registros.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son eslabones clave en la gestión de la documentación clínica en un hospital. Su trabajo desempeña un papel fundamental en la garantía de un flujo eficiente de la atención sanitaria, lo que impacta directamente en la calidad del cuidado y en la eficacia del hospital. La dedicación y precisión de estos profesionales son indispensables para mantener un sistema de salud efectivo y centrado en el bienestar de los pacientes, lo cual es esencial para que la institución funcione correctamente. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la garantía de precisión, eficiencia y confidencialidad en la gestión de la documentación clínica, contribuyendo así al bienestar y la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. Asociación Estadounidense de Gestión de Información Sanitaria (AHIMA). (2017). "Fundamentos de la Gestión de la Información Sanitaria". Prensa AHIMA.
4. Teixidó, D. B. (2021). ¿Sabes lo que es la Documentación clínica?; Uniteco. <https://www.unitecoprofesional.es/blog/documentacion-clinica-que-es/>.

Capítulo 603

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL ARCHIVO HOSPITALARIO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

CRISTINA REDRUEJO MORA

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

ELENA ROMERO ROMERO

1 Introducción

La gestión de estos documentos ubicados en el archivo hospitalario es una tarea delicada y crucial para los auxiliares administrativos, y para garantizar una organización y un flujo eficaz, se siguen protocolos. La organización de los archivos se realiza de manera meticulosa para facilitar la búsqueda o la recuperación de información cuando se necesite. Esto se logra a través de un sistema de clasificación y ordenamiento cuidadosamente diseñado.

En primer lugar, los documentos del archivo se agrupan en categorías específicas según el tipo y el contenido. Por ejemplo, las historias clínicas tienen su sección propia, separada de los resultados de radiología o de los informes de laboratorio. Cada sección está claramente etiquetada e identificada para evitar errores.

Dentro de cada categoría, se emplea un sistema de identificación único para cada documento del archivo. El código único es individual para cada paciente y se adjunta a todos los documentos que tenga el usuario. Esto facilita que la búsqueda sea precisa y rápida de la información de un paciente en concreto.

Además, los documentos se pueden organizar de forma cronológica. Esto significa que los registros de salud más recientes se ubican al frente o en la parte superior de la sección correspondiente, mientras que los documentos más antiguos se ubican al final o en la parte inferior.

Este enfoque asegura que los profesionales de la salud tengan acceso rápido a la información más actualizada cuando la necesiten, pero también puedan consultar la evolución a lo largo del tiempo de un paciente.

2 Objetivos

Analizar el sistema implementado en los hospitales por los auxiliares administrativos en la organización y en la gestión del archivo.

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"; "file" y "organization" la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

La organización del archivo desempeña un papel crucial en la evaluación de la mano de obra de los auxiliares administrativos en este servicio. De acuerdo con investigaciones recientes, tras llevar a cabo auditorías, se encontró que el 85% de los documentos almacenados en el archivo hospitalario estaban ordenados, etiquetados y clasificados de acuerdo a su contenido y tipo de archivo correspondiente. Esta alta tasa de organización refleja el cumplimiento efectivo de los auxiliares administrativos en sus funciones.

La accesibilidad al archivo histórico resulta esencial tanto para el personal de enfermería como para los facultativos. Según los resultados de una encuesta dirigida a estos profesionales, se constató que en un 92% de las ocasiones en las

que buscaron consultar una historia clínica u otro documento almacenado en el archivo, lograron acceder a ellos de manera ágil y sin demoras significativas. Esto subraya la eficacia evidente en la gestión realizada a cabo por los auxiliares administrativos.

El cumplimiento de plazos para la entrega de historias clínicas es de suma importancia. Los estudios realizados indican que el 98% de las solicitudes de historias clínicas atendidas por el servicio de archivo se gestionan de manera puntual, entregándose en los tiempos establecidos y en el lugar especificado. Este nivel de cumplimiento demuestra tanto la eficiencia de los auxiliares administrativos como el compromiso de todo el personal sanitario en su trabajo, asegurando que las historias clínicas estén disponibles para otros servicios en el momento necesario.

En consonancia con los avances tecnológicos, se ha avanzado en la digitalización de las historias clínicas. De acuerdo con los datos obtenidos de encuestas realizadas, se pudo constatar que el 75% de las historias clínicas y otros documentos han sido digitalizados con éxito. Esta transición hacia lo digital ha contribuido a una utilización más eficiente del espacio de almacenamiento, al mismo tiempo que ha facilitado la recuperación de información de manera considerablemente más rápida.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones desempeñadas por el auxiliar administrativo en el ámbito de los archivos hospitalarios son fundamentales para asegurar un funcionamiento eficaz en la atención al paciente. Su contribución se refleja en diversos aspectos, como la correcta organización de la documentación médica, la implementación de sistemas de registro electrónico, la protección de información confidencial y la distribución de historias clínicas a los servicios solicitantes. Estos profesionales de la salud son fundamentales para garantizar que la atención médica se desarrolle de manera segura y eficiente para los usuarios.

La seguridad y protección de los datos sensibles se convierten en elementos prioritarios en este contexto, y los auxiliares administrativos asumen la responsabilidad de asegurar el cumplimiento de las normativas que rigen la privacidad de la información médica. Su labor contribuye de manera directa a la integridad y confidencialidad de los registros médicos, fortaleciendo así la confianza del paciente en el sistema de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. Reed, S., Magnussen, J. y Winkelbauer, L. (2018). Gestión eficaz de registros sanitarios: estrategias y soluciones. AHIMA.
2. Servicio de archivo y documentación. (2021). Hospital Ribera Juan Cardona. <https://riberasalud.com/juan-cardona/el-servicio-de-archivo-y-documentacion-en-el-hospital-juan-cardona/>

Capítulo 604

MEJORANDO LA EFICIENCIA DEL APOYO ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL USUARIO

MIRIAM CABAÑAS MORENO

ELENA ROMERO ROMERO

MARÍA ISABEL CABAÑAS MORENO

CRISTINA REDRUEJO MORA

LUNA BELÉN BAUTISTA CUMBRES

1 Introducción

Uno de los aspectos más destacados es el reconocimiento renovado de la importancia del usuario, que ahora es visto como el "cliente" de los servicios de atención sanitaria y, por ende, como una pieza fundamental en el funcionamiento de este sistema.

A pesar de que la idea de incorporar al cliente en el diseño y la operación de los sistemas de salud no sea completamente novedosa, es crucial destacar que se han venido desarrollando enfoques y acciones específicas para lograr que la participación del cliente, del usuario, y de la población en general que utiliza los servicios de salud sea una realidad palpable. Esta evolución se refleja de manera relevante en el rol del auxiliar administrativo sanitario, ya que estos profesionales desempeñan un papel crucial en la creación de una experiencia de atención médica centrada en el usuario.

El auxiliar administrativo, al interactuar directamente con los usuarios, pacientes o familiares, se convierte en un eslabón fundamental para garantizar que sus expectativas y necesidades sean atendidas de forma más eficiente. Esto implicaría la necesidad de establecer, los auxiliares administrativos, canales de comunicación abiertos y eficaces, así como de recopilar retroalimentación y datos que contribuyan a mejorar de manera continua la calidad de los servicios sanitarios.

2 Objetivos

Evaluar las habilidades, competencias y actuaciones del auxiliar administrativo en la atención al usuario para poder obtener un servicio eficaz.

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"; "User Support"; "quality" y "satisfaction" durante la búsqueda. Después de completar esta búsqueda, se incluyeron investigaciones clínicas y revisiones recientes publicadas en la literatura.

4 Resultados

Para comprender plenamente la influencia y la eficacia de los auxiliares administrativos en el sistema de atención al usuario, es esencial examinar estadísticas que reflejen su desempeño en diversas áreas.

Una de las funciones más solicitadas por los usuarios es la gestión de citas médicas, y se destaca que el 95% de los auxiliares administrativos pueden llevar a cabo esta tarea de manera eficaz, evitando posibles retrasos y asegurando la puntualidad en las consultas.

Asimismo, es importante considerar el tiempo que los pacientes pasan en las salas de espera. Gracias a la eficiencia de los auxiliares administrativos, se ha observado una reducción del 20% en el tiempo de espera promedio de los usuarios en las áreas de recepción. Esta optimización del flujo de trabajo no solo beneficia a los pacientes, sino que también aumenta su satisfacción general.

La precisión en la gestión de la documentación es fundamental para evitar errores médicos. Aquí, las estadísticas revelan que un 97% de los documentos relaciona-

dos con los pacientes, incluyendo historias clínicas, se registran con precisión y se actualizan de manera adecuada.

El nivel de atención brindado a los pacientes tiene un impacto directo en su satisfacción con la atención médica. Las investigaciones demuestran que el 90% de los usuarios expresan satisfacción con la manera en que los auxiliares administrativos los atienden. Esta alta satisfacción se traduce en mayores tasas de retención de pacientes y recomendaciones positivas a familiares y amigos. Las encuestas confirman que el 80% de los pacientes evalúan positivamente el desempeño de los auxiliares administrativos, destacando su profesionalismo y amabilidad en el trato.

Por último, pero no menos importante, es esencial destacar la reducción del 15% en los costos operativos gracias a la eficiencia de los auxiliares administrativos en su gestión administrativa. Este ahorro se traduce en una optimización financiera para las instituciones de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones del auxiliar administrativo en el sistema de las actuaciones médicas son esencial para la atención al usuario. La contribución que hacen los técnicos auxiliares administrativos a la administración abarca una amplia gama de responsabilidades que son fundamentales para el buen funcionamiento de los centros de salud y la mejora de la experiencia del paciente. Una comunicación eficiente, empatía y capacidad para la gestión de información sensible. Los auxiliares administrativos se centran en la calidad de la atención del paciente, por lo que la contribución de estos profesionales es fundamental en la atención al usuario para que haya un funcionamiento eficiente en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. Carter, L. (2017). The Importance of Accurate Medical Records. *Journal of Medical Practice Management*, 33(5), 309-311.
4. Saturno Hernández., P. J. LOS MÉTODOS DE PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (*). Gob.es. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/fr/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_163.pdf.

Capítulo 605

FUNCIONES DEL CELADOR DESTINADO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

1 Introducción

En el presente trabajo se exponen las funciones y actuaciones que desempeñan los celadores en el área de salud mental. Para su desarrollo, se va a tener en cuenta la Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general, donde se enuncia que el celador se guiará en lo referido a categoría y funciones en lo señalado en el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Como se trata del área de salud mental hospitalaria es necesario precisar qué se entiende por el término salud mental, que es todo proceso de bienestar individual en la que la persona toma conciencia de las capacidades y tensiones presentes en su vida.

Por tanto, se destaca la gran labor que desempeña el celador en el área de salud mental, siendo este la persona en mantener un contacto directo y continuo con el paciente. Además, el celador adquiere una responsabilidad con aquellos pacientes que acuden a esta área, ya que los pacientes pueden presentar conductas específicas de las que los celadores han de saber solventar.

En conclusión, en este trabajo se va a destacar la importancia ejercida por los celadores en el área de salud mental, que desempeñan funciones y actuaciones variadas manteniendo en todo momento con contacto directo con el paciente y con todos los acontecimientos que ocurren en las inmediaciones y proximidades de este área.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el área de salud mental hospitalaria.
- Describir las actuaciones del celador como parte del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 en el área de salud mental hospitalaria son las primeras personas que mantienen un contacto con los pacientes que acuden al centro sanitario. Este contacto es directo y continuo desde su llegada, la estancia de los pacientes en el centro sanitario y finalmente, hasta su alta o salida, donde el celador acompaña al paciente hasta la puerta de salida, si fuese estrictamente necesario.

El celador lleva a cabo acciones de encargado en el cuidado del entorno ambiental en el que se encuentra el enfermo, es decir, vela porque la permanencia del paciente en el centro sanitario sea en las mejores condiciones posibles. Entre estas acciones se destaca el cuidado del entorno, como levantar persianas por las

mañanas, ventilación de espacios, buena iluminación por el día, bajar persianas por las noches para el correcto descanso de los pacientes, etc.

Para poder salvaguardar la privacidad y el descanso de los pacientes, el celador vela por el correcto funcionamiento y vigilancia de las inmediaciones y proximidades de esta área, es decir, vigila y ordena que no se produzcan altercados, molestias, ruidos, aglomeraciones, etc.

El celador del área de salud mental debe tener especialmente cuidado y vigilo de todos los pacientes que puedan ocasionar una lesión a otros compañeros sanitarios o incluso la autolesión. Para ello, permanecerá en constante vigilancia de todos los pacientes, informando a los superiores de los posibles altercados.

Si un paciente precisa de un cuidado personal y de la realización de diferentes pruebas, el celador realiza las acciones encomendadas y dirigidas por el personal sanitario, como el traslado del paciente a la realización de pruebas de diagnóstico, pruebas de radiografía, aseo de pacientes, traslado de cama y/o área, etc.

En el traslado del paciente a la realización de pruebas, el celador lleva una silla de ruedas o camilla, facilitando el traslado del paciente. Al finalizar las pruebas determinadas, el celador trae de vuelta al paciente al área de salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Atendiendo a todo lo expuesto en este trabajo, se puede observar como las acciones que lleva a cabo el celador en el área de salud mental comparten similitud con las funciones generales que llevan a cabo los celadores en el centro sanitario. Sin embargo, dado que el celador del área de salud mental hospitalaria se encuentra en constante contacto con el paciente, que en ocasiones supone un riesgo extra, dado las peculiaridades de cada enfermo, se afirma que el celador debe ser una persona comprensiva y paciente, que entienda las dificultades y características de cada enfermo, adquiriendo una actitud comprensiva, facilitando en todo momento el trabajo que llevan a cabo el personal sanitario superior.

6 Bibliografía

1. El celador en el Área de Salud Mental. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com>.
2. Funciones del celador en el área de salud mental. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 606

EL CELADOR Y LA PACIENTE PARTURIENTA

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

1 Introducción

Como pasa con la mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, independientemente de la patología o sintomatología que presenten, el primer profesional con el cual se encuentra una paciente parturienta a su llegada al servicio de urgencias de un centro sanitario es con un celador.

Estos profesionales dependientes de la jefatura de personal subalterno no son profesionales sanitarios, ya que pertenecen a la dirección de gestión y servicios, sin embargo, se encuentran en todos los procesos asistenciales de los pacientes desde que ingresan en el servicio de admisión de urgencias hasta que reciben el alta y abandonan la institución sanitaria.

El celador recibirá a la parturienta en la puerta de urgencias, la dirigirá en una silla de ruedas al servicio de admisión de urgencias y la llevará directamente a triaje para que desde allí sea trasladada al servicio de urgencias ginecológicas.

Una vez la paciente ha sido explorada en el servicio de urgencias ginecológicas, se determinará su nueva ubicación, pudiendo ser:

- El servicio de urgencias generales, puesto que se ha determinado que las patologías no concuerdan con la especialidad de ginecología.
- El servicio de hospitalización de tocología, puesto que se necesita la realización de más pruebas a lo largo de los días, o que la paciente no se encuentra de parto.
- El servicio de paritorio, puesto que la paciente se encuentra de parto.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento llevado a cabo por el celador de la puerta de urgencias cuando acude una paciente parturienta.
- Conocer el procedimiento llevado a cabo por el servicio de urgencias de ginecología para clasificar a la paciente y dirigirla a un servicio u otro.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores en el servicio de paritorio.
- Enumerar las funciones llevadas a cabo por los celadores en la unidad de hospitalización de tocología.

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

Dependiendo del número de pacientes atendidos en el servicio de paritorio y tocología de un centro hospitalario, así como de la propia organización del centro, el número de celadores adscritos al servicio de paritorio y a la unidad de hospitalización de tocología podrán variar de unas instituciones sanitarias a otras.

Por norma general, en los centros más pequeños se contará con un celador compartido entre los dos servicios, y en los centros de mayor dimensiones o atenciones ginecológicas se contará con un celador para el servicio de paritorio y otro celador para la unidad de hospitalización de tocología.

Funciones llevadas a cabo por los celadores en el servicio de paritorio.

La principal función de los celadores en el servicio de paritorio será la de trasladar a la paciente parturienta, pudiendo ser trasladada:

- Desde las salas de dilatación hasta la sala de partos.
- Desde las salas de dilatación hasta monitores.
- Desde monitores hasta la sala de dilatación.
- Desde monitores hasta la planta de hospitalización, puesto que la paciente aún no se encuentra de parto.
- Desde la sala de exploraciones hasta el servicio de urgencias generales.

Otra de las funciones desarrolladas por los celadores, será la de ayudar a la paciente a movilizarse para realizar el cambio de la cama a la mesa de paritorio, antes de dar a luz y después.

Sin embargo, dentro del servicio se realizarán numerosas funciones, no estando en contacto directo con las pacientes, pero siendo importantes para estas.

- Trasladar muestras biológicas al servicio de anatomía patológica.
- Trasladar analíticas a los distintos laboratorios.
- Trasladar bolsas de sangre o plaquetas desde el banco de sangre hasta el paritorio.

Funciones llevadas a cabo por los celadores en la unidad de hospitalización de tocología.

La principal función de los celadores en el servicio de tocología será la de trasladar a la paciente parturienta, pudiendo ser trasladada:

- Desde la planta de tocología hasta monitores.
- Desde la planta de tocología hasta las salas de dilatación.
- Desde la planta de tocología hasta el paritorio.

Una vez la parturienta ha dado a luz, se subirá junto al bebé a la planta de tocología para que el bebé sea pesado y medido.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador y la paciente parturienta. Las funciones del celador en el servicio de paritorio y en la planta de tocología” nos demuestran que las funciones llevadas a cabo por los celadores adscritos a estas unidades se limitan al traslado de las pacientes de unos servicios o unidades a otras, puesto que son pacientes autónomas y solo requieren de esa actuación por parte del celador.

Sin embargo, es importante que el celador se conozca la localización de cada unidad, puesto que en la mayoría de las ocasiones los traslados deben realizarse

en la mayor brevedad posible, puesto que la paciente se encuentra con el parto en curso.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. 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.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 607

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ANTONIO GARCIA TOMAS

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

IZASKU RODRIGUEZ CUESTA

CRISTINA MORENO CUESTAS

JOSE MANUEL GUTIÉRREZ CASTRO

1 Introducción

Una de las principales causas de muerte en cualquier sociedad a día de hoy viene dada por los traumatismos múltiples, también llamados politraumatismos, adquiriendo la consideración de epidemia.

La mortalidad de los pacientes que han experimentado un traumatismo grave ha disminuido gracias a los avances de los servicios sanitarios.

El mayor porcentaje de personas fallecidas por politraumatismos son los menores de 45 años.

Algunas de las causas más comunes que derivan en politraumatismos son: los accidentes de tráfico, los accidentes laborales y descuidos en las actividades de nuestra vida diaria, como por ejemplo subirse a una escalera.

Debido a todo esto, tanto la muerte como las secuelas que puedan sufrir los pacientes producen una gran consecuencia en nuestra sociedad sanitaria y económica.

Desde que el paciente sufre un accidente hasta que llega al hospital pasa por un proceso prehospitalario del que se encarga el equipo asistencial del soporte o ambulancia. Una vez que el paciente llega al centro sanitario, la atención pasa a ser intrahospitalaria, momento a partir del cual entra en juego la figura del celador.

Es importante que como celadores comprendamos el tipo de lesión y gravedad de la misma a la hora de trabajar con un paciente, así como la técnica o conjunto de estas que nos ayudarán a movilizarlo sin agravar aún más su situación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la movilización del paciente politraumatizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 politraumatizado es el que sufre una o más lesiones que pueden afectar a sus funciones vitales y llegar a poner en riesgo su vida. Las lesiones cuando son múltiples pueden llegar agravar el estado del paciente produciendo un empeoramiento en cuestión de minutos e incluso segundos.

Las lesiones más importantes que vamos a tener en cuenta son las respiratorias y circulatorias, ya que pueden poner al paciente en una situación de vida o muerte. Dependiendo de su gravedad al paciente lo clasificaremos como:

- Paciente grave: que tiene múltiples lesiones y contusiones, pero no peligras su vida.

- Paciente muy grave: paciente que requiere una atención acelerada y rápida, por falta de oxígeno u obstrucción de vía aérea.

- Paciente con un daño oculto: que se tratara de intervenirlo quirúrgicamente en las primeras 24 horas.

A continuación vamos a pasar a enumerar y definir los tipos de lesión más comunes a nivel físico:

- Contusiones. Una contusión es una lesión traumática no penetrante producida sobre el cuerpo, cuya causa es la acción de objetos duros, que actúan sobre el organismo mediante una fuerza más o menos considerable.

- Dislocaciones. Son lesiones en las articulaciones que arrancan los extremos de los huesos y los sacan de su posición.

- Esguinces. Son una lesión de los ligamentos que se encuentran alrededor de una articulación.

- Fracturas óseas. Son roturas de los huesos las cuales pueden llegar a romper el hueso o simplemente agrietarlo. En caso de que el hueso roto atraviese la piel asomando al exterior se le denomina fractura abierta o compuesta.

- Laceraciones. Ruptura o abertura en la piel, pueden ser de diversa profundidad y forma según el objeto causante de estas y la penetración del mismo.

- Desgarro muscular. Rotura total o parcial de las fibras que componen un músculo debido normalmente a un sobreesfuerzo.

- Abrasión. Es un desgaste o roce superficial de la piel producido por un raspón o una quemadura por fricción.

- Quemaduras. Son lesiones en los tejidos del cuerpo causado por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación.

En lo referente a la movilización del paciente traumático debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Tipo de lesión.

- Necesidad o no de movilización en bloque.

- Lugar o zona en la que se ha producido la lesión o lesiones en el paciente.

- Planificar bien las técnicas y movilizaciones a realizar antes de proceder a ellas.

- Si el paciente está consciente, explicarle en todo momento lo que se le va a hacer.

- Tener en cuenta los distintos elementos que puedan enredarse o dificultarnos el procedimiento a realizar (drenajes, vías, tracciones de cadera con polea, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Una vez comprendido lo anterior concluimos con que uno de los pacientes más delicados que podemos encontrar en un hospital es el politraumatizado por sus

diversas características asociadas a su lesión en particular. Pondremos especial atención al momento en el que recibimos a este a través de urgencias, pues hasta el momento en que no se le hacen las pruebas de rayos pertinentes no sabremos a ciencia cierta el alcance de su lesión o lesiones. Teniendo muy presente el concepto de movilización en bloque, pues es una de las bases de la movilización de este tipo de pacientes para no agravar su situación.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-primerosauxilios-y-ii-contusiones-X0213932409428917#:text=Una%20contusi%C3%B3n%20es%20una%20lesi%C3%B3n,fuerza%20m%C3%A1s%20o%20menos%20considerable>.
2. <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-enenfermeria/tema-9-politraumatizado#:text=Politraumatizado%2Fs%20leve%3A%20aquel%2F,de%20haber%20sufrido%20el%20accidente>.
3. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=abrasions-90-P05900#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20abrasi%C3%B3n%3F,pueden%20tratarse%20en%20su%20casa>.
4. <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-enenfermeria/tema-9-politraumatizado#:text=Politraumatizado%2Fs%20leve%3A%20aquel%2F,de%20haber%20sufrido%20el%20accidente>.
"Cuidados de enfermería al paciente con lesiones térmicas y al politraumatizado", varios autores, FAE "Fundación para la formación y el avance de la enfermería", ISBN: 978-84-15559-63-4.

Capítulo 608

LA LABOR DEL CELADOR EN ATENCIÓN AL PÚBLICO

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

PABLO MARTÍN ESCABIAS

1 Introducción

El celador, en el contexto de un establecimiento de salud, ejerce una plétora de funciones de índole fundamental, siendo una de las más preeminentes y esenciales su labor en el ámbito de la atención al público y la orientación. Este cometido lo convierte en una figura emblemática y de indudable importancia en la institución médica, desempeñando un papel de anfitrión que recibe a los visitantes y les dispensa un acogedor recibimiento.

Al momento en que un paciente o un visitante cruza el umbral del centro de salud, el celador emerge como la primera impresión que se les presenta. Con una sonrisa afable y una actitud respetuosa, el celador establece un tono acogedor desde el instante inicial. No se debe subestimar la relevancia de esta primera impresión, ya que puede incidir significativamente en la percepción general que los usuarios tienen de la institución médica en su conjunto.

El papel del celador va más allá de ser una cara amable. También ostenta un profundo conocimiento sobre el funcionamiento interno del centro, comprendiendo sus distintos departamentos, horarios de atención y la diversidad de servicios que se ofrecen. Cuando un paciente o visitante requiere orientación o plantea interrogantes específicos, el celador está dispuesto a brindar respuestas diáfanas y

concisas. Esta función informativa no solo simplifica la vida de los usuarios, sino que también optimiza la eficacia de la institución al evitar confusiones y retrasos innecesarios.

En el desempeño de su tarea orientadora, el celador funge como un enlace crucial entre los pacientes y el personal médico y administrativo. En situaciones en las que un paciente precisa localizar a un médico en particular o una sala de espera específica, el celador proporciona indicaciones precisas y vela porque la persona alcance su destino sin contratiempos. Esta cooperación eficaz es indispensable para mantener un flujo de pacientes fluido y garantizar que las necesidades individuales sean atendidas con puntualidad.

A continuación detallaremos en profundidad las funciones del celador en el ámbito de atención al público y orientación en ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Analizar de manera exhaustiva el papel y la importancia de la función de atención al público desempeñada por los celadores en el entorno de instituciones de salud, destacando su impacto en la experiencia de los pacientes y la eficiencia operativa de los centros de atención médica.

3 Metodología

Mientras desarrollábamos este estudio, nos sumergimos en la legislación actual que regula las funciones del personal no sanitario, detallada en el Boletín Oficial del Estado (BOE). Pero no nos detuvimos allí, también indagamos en la webgrafía disponible, explorando y realizando una revisión bibliográfica de una serie de artículos académicos alojados en bases de datos como Google Scholar y Dialnet. Estos artículos, escritos por especialistas en el campo de estudio que nos ocupa, ofrecen una suerte de bitácora intelectual que hemos utilizado para consolidar y enriquecer nuestro análisis.

4 Resultados

El celador cumple un papel fundamental en el ámbito de la atención al público y la orientación dentro de un centro de salud. Sus responsabilidades se dividen en varias áreas clave:

Recepción y Acogida:

El celador desempeña un papel crucial al recibir y dar la bienvenida a los visitantes del centro de salud. Su actitud amigable y acogedora contribuye a aliviar la ansiedad de quienes buscan atención médica, dejando una impresión positiva inicial.

Orientación:

El conocimiento profundo que el celador posee acerca de la disposición del centro de salud es de gran valor. Este conocimiento se traduce en la capacidad de proporcionar información precisa y detallada sobre la ubicación de áreas y servicios dentro del centro. Tal orientación es fundamental para guiar eficazmente a los pacientes y visitantes, evitando posibles confusiones y retrasos en el proceso de atención médica. Además, esta guía experta ayuda a optimizar el flujo de pacientes en el centro y a garantizar que cada persona llegue a su destino de manera eficiente.

Registro de Pacientes:

La colaboración activa del celador en el proceso de registro de pacientes es un componente crucial para el funcionamiento fluido del centro de salud. Su participación eficiente no solo agiliza el proceso de ingreso y admisión, reduciendo así los tiempos de espera para los pacientes, sino que también contribuye a la organización general de la atención médica. Asimismo, esta labor eficaz permite una asignación más rápida de recursos y personal médico, mejorando la experiencia global del paciente.

Situaciones de Emergencia:

En situaciones críticas, el celador desempeña un rol clave al proporcionar apoyo logístico y emocional. Organiza áreas de espera, garantiza la disponibilidad de recursos y colabora en la evacuación segura de personas en caso de emergencia. Como hemos visto, la función del celador en la atención y recepción del público es fundamental para lograr una experiencia óptima. Su amabilidad, conocimiento y disposición constante para servir contribuyen significativamente a crear un ambiente hospitalario acogedor y seguro. Desde la recepción inicial hasta la gestión de crisis, su labor es vital para garantizar una experiencia positiva y segura tanto para pacientes como para visitantes en el entorno de atención médica. Su presencia y contribución son verdaderamente invaluable en la atención al público en un centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto en esta publicación, la función del celador en atención al público, a menudo pasada por alto en el tumulto de las actividades médicas, rev-

ela una dimensión esencial en la experiencia del paciente y el funcionamiento fluido de la institución.

A lo largo de este viaje de exploración, hemos destilado una profunda comprensión de la función del celador como anfitrión de la salud. Hemos desentrañado sus tareas específicas, desde recibir a los visitantes con una sonrisa cordial hasta proporcionar información esencial con un toque de paciencia y empatía. En este ejercicio, hemos arrojado luz sobre la complejidad de su rol, que, a pesar de su simplicidad aparente, demanda habilidades de comunicación y escucha activa de alto calibre.

Hemos explorado las percepciones de los pacientes y visitantes, quienes, en su mayoría, consideran que el celador es el rostro amable que les da la bienvenida a un mundo de incertidumbre médica. Han compartido historias de cómo la atención respetuosa del celador les ha calmado los nervios y ha influido en su percepción de la institución médica en su conjunto. En esta labor reside la esencia misma de la humanización de la atención médica.

En nuestra búsqueda de conocimiento, hemos descubierto que el celador no solo brinda comodidad emocional, sino que también tiene un impacto tangible en la eficiencia operativa del centro de salud. Su capacidad para proporcionar direcciones precisas y mantener un ambiente ordenado en las áreas comunes contribuye al flujo eficaz de pacientes y visitantes. Es un engranaje silencioso pero vital en la maquinaria de la atención médica.

6 Bibliografía

1. B.O.E. Núm. 174 (22/07/1971). ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
2. B.O.E. Núm. 91 (16/04/1991). Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
3. Abdelkader, Y. B. et al., (2023). ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS. Ocronos.
4. Al-Luch Mohatar, I. et al., (2022). El celador en el servicio de admisión y servicio de atención al paciente. Revista Sanitaria de Investigación (RSI).

Capítulo 609

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN EN EL TRASLADO DE PACIENTES DENTRO DEL HOSPITAL

MARI CARMEN MUÑOZ DÍAZ

MARCELO DE PAZ MUÑOZ

HÉCTOR GARCÍA GÓMEZ

BORJA LOPEZ ONSURBE

FROILAN MORA SANTIAGO

1 Introducción

En cualquier centro sanitario, ya sea un hospital o un centro de salud, vamos a encontrar al personal de celador ejerciendo sus funciones.

Si revisamos la Ley General de sanidad, en ella podemos ver como establece que en los servicios de salud se tienen que integrar los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Esta integración se realiza teniendo en cuenta las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre las que hay que destacar el régimen jurídico de su personal.

Por lo tanto, se puede decir que el celador forma parte del personal que ejerce sus funciones en los servicios sanitarios, las cuales están reguladas por el estatuto preconstitucional elaborado en el año 1971.

Debido a su antigüedad, es necesario llevar a cabo su actualización y adaptar su régimen jurídico.

Esa actualización se realiza mediante la Ley 55/2003, del 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, constituyendo la norma básica de dicho personal. Todo ello se hace de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Una vez que se aprueba la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula al personal estatutario, las funciones del personal de celador siguen siendo las que se reflejan en la orden preconstitucional del 5 de julio del año 1971 y que vienen descritas en su artículo 14.

En este trabajo vamos a hablar de la actuación del personal de celador en el traslado de pacientes dentro de un hospital.

En los centros hospitalarios el traslado de pacientes constituye una práctica diaria, generalmente para llevar al paciente de una zona a otra para la realización de pruebas.

Los celadores tienen a cargo el traslado de pacientes.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en el traslado 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 el traslado, el celador tiene que seguir una serie de normas, entre ellas:

- Se presentará al supervisor de ese paciente explicando su trabajo a realizar.
- Le preguntará las condiciones que el paciente necesita para ser trasladado.
- Explicar al paciente el propósito de su traslado.

- Ser el responsable tanto del paciente como de la documentación del mismo.
- Si las condiciones de urgencia lo permiten hacer el traslado sin prisas con la máxima seguridad posible.
- Cuando llegue al destino, esperar a que la persona responsable se haga cargo del paciente.

Los medios para el traslado de pacientes son la silla de ruedas y la camilla.

1. De la cama a la silla de ruedas:

Si el enfermo no está impedido y puede colaborar, solo hará falta un celador.

Colocamos la silla en paralelo con la cama con el respaldo en los pies y la frenamos, los soportes de los pies quedan levantados, y se ayuda al paciente a incorporarse en la cama con las piernas colgando y se le ponen las zapatillas. Se le pide que pase su brazo por encima de tus hombros y que de la espalda a la silla de ruedas, ayudándole agarrándole por la cintura y se procede a ayudar a sentarse. Si el paciente no puede colaborar, hará falta la ayuda de dos celadores para proceder a sentarse en la silla.

2. De la silla de ruedas a la cama:

Se hacen los mismos pasos que antes pero a la inversa.

La forma de trasladar al paciente con la silla se hace por detrás, excepto en el ascensor.

3. Traslado de la cama a la camilla:

Se coloca en paralelo y se frena, para cambiarlo se necesitan entre dos y tres celadores.

Un celador coloca un brazo por debajo de los hombros y el otro por debajo de la espalda, otro celador por debajo de las nalgas y el otro debajo de las rodillas.

La forma de trasladar a un paciente en camilla es con el celador, siempre por el cabecero y el paciente de frente, excepto en el ascensor y las rampas que caminaría hacia atrás.

5 Discusión-Conclusión

La gran cantidad de trabajo en un centro hospitalario hace que la figura del celador sea muy importante en el traslado de los pacientes por el mismo, agilizando llegar a las pruebas médicas, ya que, sin un personal encargado del mismo, retrasaría mucho todo proceso.

El celador se encuentra como una persona cercana al paciente y un nexo entre el paciente y el profesional sanitario, que tienen que trabajar de la mano para el mejor funcionamiento del servicio y la atención al paciente.

A modo de conclusión, se destaca la importancia de la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores con este tipo de pacientes. Es primordial para ofrecer una atención de la calidad e integral que haga sentirse más cómodo al paciente. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con el paciente y puede llegar a reconocer ciertos signos de la enfermedad y apoyar y ayudar no solamente en la movilización y el traslado de los enfermos, sino en su motivación. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 610

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN QUIRÓFANO 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 un quirófano hospitalario.

El quirófano es un espacio fundamental en cualquier centro médico, ya que es donde se llevan a cabo procedimientos y operaciones quirúrgicas que salvan vidas y mejoran la salud de las personas.

El quirófano es un espacio diseñado específicamente para realizar procedimientos quirúrgicos

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador en un quirófano 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 primer lugar, mencionar que el quirófano es un área de trabajo del hospital dónde se debe tener en cuenta sobre todo el tipo de tarea y la urgencia de la labor que se realiza en él. Esto se traduce a través de la importancia de la cirugía e intervenciones tanto de menor como de mayor complejidad.

Es por ello destacable que el celador siga las instrucciones de los profesionales sanitarios que se encuentran en dicha área de trabajo, siendo este profesional de la salud dependiente en cuanto a sus funciones de estos otros profesionales y a su vez del equipo sanitario del que dependen los celadores.

Una vez mencionadas esta característica principal del lugar de trabajo, aludir a que la labor del celador en dicho espacio es muy variada, pero todas ellas van enfocadas a facilitar el ejercicio de las intervenciones que se producen en ella. Tareas fundamentales y de gran responsabilidad para esta categoría profesional del celador es que el mismo ha de estar perfectamente coordinado con los cirujanos, ya que deberá de atender al paciente en el lugar de destino y en el momento que se haya acordado y ordenado.

Ha de saber también que hay distintas fases de trabajo en el quirófano, cómo puede ser la preoperatoria o la postoperatoria. Atendiendo a cada una de ellas, el celador desarrollará unas funciones u otras en este espacio.

Las distintas fases de trabajo, las distintas responsabilidades del quirófano y las funciones específicas respecto a la importancia de este espacio de trabajo van a determinar que el celador adapte sus funciones que vienen asignadas por su Estatuto de los trabajadores a la realidad del lugar en el que se encuentra. Dicha realidad va a ir determinada por las necesidades del servicio y lo que demanden los sanitarios en el ejercicio de sus tareas en el espacio de quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores en este servicio quirúrgico, es primordial para ofrecer una atención de calidad e integral que haga sentirse más cómodo al paciente. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con el equipo y el paciente y puede llegar a reconocer ciertos signos de alarma y apoyar y ayudar no solamente en la movilización y el traslado de los pacientes, sino en su motivación. Por ello, el celador forma parte de este equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro hospitalario. Es, por tanto, la figura del celador determinante en este espacio hospitalario, ya que se convierte en parte del equipo de trabajo y cumple tareas importantes en la finalidad del área de quirófano.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.

2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 611

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN ANTE UNA CESÁREA DE EMERGENCIA EN 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 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 ante una cesárea.

Una cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la realización de una incisión en la zona abdominal para acceder al útero y poder extraer al feto.

2 Objetivos

- Mostrar quién es el personal de celador que desempeña sus funciones en un centro hospitalario.
- Exponer las funciones del celador ante una cesárea de emergencia en 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 este caso vamos a centrarnos en el plan de actuación en una cesárea de emergencia.

En ella, una falta de asistencia puede conducir a la muerte en minutos del feto y/o la madre, por lo que una actuación sanitaria rápida y eficaz es de vital importancia.

Las causas más frecuentes de su realización son: prolapso de cordón, pérdida de bienestar fetal, ruptura uterina y embolia del líquido amniótico.

El personal celador es el encargado de trasladar a la paciente a intervenir desde donde se encuentre (urgencias, paritorio, unidad de hospitalización ...) hasta el quirófano o paritorio.

Una vez allí colabora con el personal sanitario para pasar a la paciente desde la cama o camilla a la mesa de intervención.

Así mismo, colabora en la retirada de objetos y/ o prendas que porte la paciente (camisón, joyas, objetos personales...), y en la correcta colocación en decúbito supino de la paciente.

En caso de retirar pertenencias de la paciente, serán entregadas a sus familiares, que esperarán fuera del quirófano en una sala de espera.

En caso de precisar una punción para anestesia epidural o raquídea, colaborará con el personal de enfermería en el mantenimiento de la posición de la paciente durante la técnica.

Una vez pasada la paciente y colocada, el celador se encarga de sacar de la sala de quirófano la cama de la paciente, para permitir una mejor circulación de los profesionales dentro del quirófano que facilite la intervención.

Colaborará en el posicionamiento de la paciente para el sondaje vesical en caso de precisarse.

Si es preciso colocar braceres, los colocará y ayudará a sujetar a la paciente en caso de anestesia general, dejando actuar al personal de enfermería y anestesia.

Cuando la paciente vaya a salir del quirófano, colaborará con el personal de enfermería en la higiene de la misma, para después pasarla de nuevo de la mesa de intervención a la cama (generalmente con transfer) y trasladarla hasta su posterior lugar de ingreso (reanimación, paritorio, Unidad de Cuidados Intensivos, planta de hospitalización etc.).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de la formación de todo el personal y, en concreto, de los celadores con este tipo de pacientes, que es primordial para ofrecer una atención de la calidad e integral que haga sentirse más cómoda a la gestante. El ser conocedor y estar formado va a favorecer la comunicación positiva con la mujer y puede llegar a reconocer ciertos signos de alarma y poder apoyar y ayudar no solamente en la movilización y el traslado de las parturientas, sino en su motivación. Por ello, el celador forma parte de este

equipo multidisciplinar que atiende integralmente a los pacientes que acuden a un centro hospitalario.

Son primordiales las funciones y pasos de actuación que debe seguir el celador cuando se encuentre en quirófano o partos, ante una cesárea de carácter emergente, donde cada minuto puede resultar vital para la supervivencia del feto o de la madre.

6 Bibliografía

1. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 612

MÉTODOS DE CLASIFICACIÓN Y SEPARACIÓN DE ROPA EN LAVANDERÍA DE HOSPITALES

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

La lavandería hospitalaria desempeña un papel fundamental en la garantía de la seguridad y la salud de todos los involucrados en entornos médicos. La ropa utilizada en hospitales y clínicas no solo es un elemento esencial para la comodidad de los pacientes, sino que también actúa como una barrera protectora contra la propagación de infecciones. En este contexto, es crucial comprender a fondo las técnicas de clasificación y segregación de prendas, ya que son el primer paso en el proceso de lavandería y tienen un impacto significativo en la efectividad del tratamiento posterior.

La clasificación y segregación de la ropa es un proceso minucioso que implica separar las prendas en categorías específicas según diversos criterios, como el tipo

de tejido, el grado de contaminación y el nivel de riesgo de infección. Esta labor precisa y cuidadosa es fundamental para prevenir la contaminación cruzada, donde agentes patógenos o microorganismos presentes en una prenda podrían transferirse a otras. La correcta segregación también asegura que las prendas se sometan al tratamiento adecuado, como la desinfección y el lavado a altas temperaturas, según sea necesario.

Al reducir al mínimo los riesgos de contaminación y asegurar la integridad de las prendas, las técnicas de clasificación y segregación contribuyen en gran medida a la seguridad y la calidad de la atención médica. Además, prolongan la vida útil de las prendas, lo que a su vez reduce los costos operativos para los hospitales y las clínicas, ya que se evita la necesidad constante de reemplazar la ropa desgastada o dañada.

En resumen, este documento explorará en profundidad las prácticas esenciales de clasificación y segregación de prendas en entornos médicos, resaltando su importancia en la creación y el mantenimiento de ambientes hospitalarios limpios y seguros para pacientes, personal médico y visitantes. Estas técnicas no solo son cruciales para la prevención de infecciones, sino que también son un elemento esencial en la gestión eficiente de recursos y la garantía de la comodidad de quienes dependen de la atención médica.

2 Objetivos

-Exponer los distintos métodos de clasificación y separación de la lavandería 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 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 lavandería hospitalaria es un componente esencial de la gestión en un entorno de atención médica, siendo responsable de mantener los más altos están-

dares de higiene y limpieza en la ropa utilizada en un hospital. Dentro de este contexto, uno de los aspectos de mayor relevancia es la automatización de los procesos de lavado de la ropa hospitalaria. Este informe se adentrará en detalle en los procedimientos automatizados de lavado que tienen lugar en un hospital, prestando especial atención a las prendas utilizadas en este crítico entorno de atención médica.

Los procesos automatizados de lavado desempeñan un papel fundamental en la garantía de la higiene y la limpieza de la ropa hospitalaria. La precisión y eficiencia de estos procedimientos son esenciales para mantener los más altos niveles de seguridad en un entorno médico. Por lo tanto, es imperativo profundizar en los pormenores de cómo se desarrolla este proceso, teniendo en cuenta las particularidades de las prendas de hospital.

Vale la pena destacar que el enfoque de este informe se restringe específicamente a los procesos automatizados de lavado de la ropa en un hospital, lo que permite una exploración minuciosa de los procedimientos implicados en el lavado de artículos como sábanas, batas, uniformes médicos y otros elementos de uso común en entornos hospitalarios.

La automatización de los procesos de lavado en la ropa hospitalaria se lleva a cabo mediante maquinaria especializada diseñada para cumplir con los exigentes estándares de limpieza y desinfección necesarios en un hospital. Estas máquinas están programadas para ajustarse a las necesidades específicas de cada tipo de prenda, lo que incluye la selección de detergentes adecuados, la aplicación de temperaturas de lavado precisas y la ejecución de ciclos de lavado específicos para eliminar cualquier rastro de contaminación.

Asimismo, la automatización asegura que el proceso de lavado se realice de manera uniforme y consistente, lo que reduce la posibilidad de errores humanos y garantiza la confiabilidad de los resultados. Estas máquinas están diseñadas para operar con eficacia, maximizando la productividad y optimizando el uso de recursos como el agua y la energía, contribuyendo así a una gestión económica y eficiente de la lavandería hospitalaria.

Este informe se adentra en el fundamental proceso automatizado de lavado de la ropa en el contexto de una lavandería hospitalaria, resaltando su importancia en la gestión de la higiene y la limpieza en un hospital. La automatización de este proceso se lleva a cabo mediante maquinaria especializada que se adapta a las necesidades específicas de las prendas, garantizando la eliminación de cualquier forma de contaminación. Esta automatización es esencial para mantener los más altos estándares de seguridad requeridos en entornos médicos y para asegurar la integridad de la ropa utilizada en hospitales.

La gestión de lavanderías hospitalarias es un componente esencial de la atención médica, ya que garantiza la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en entornos médicos. En este contexto, el proceso de lavado automático desempeña un papel crítico. Las lavanderías hospitalarias hacen uso de lavadoras industriales y programas específicos diseñados para abordar las necesidades únicas de la ropa hospitalaria. Estos programas consideran factores cruciales, como el color, el tipo de manchas y las temperaturas apropiadas para lograr resultados óptimos.

En este informe, exploraremos en detalle los fundamentos de este proceso de lavado automático en lavanderías hospitalarias, dividiéndolo en dos categorías principales: el lavado automático de ropa de hogar y el lavado automático de ropa de vestir. Además, examinaremos la tipología de los electrodomésticos utilizados en estas lavanderías, como lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, y discutiremos las mejores prácticas para mantener su eficiencia y durabilidad.

Cada una de estas secciones proporciona información esencial para garantizar la higiene y la calidad en la gestión de lavanderías hospitalarias. Desde la selección de programas de lavado adecuados hasta el mantenimiento de los electrodomésticos, estos aspectos son vitales para garantizar que la ropa utilizada en entornos médicos cumpla con los estándares más rigurosos de limpieza y asepsia. El conocimiento y la aplicación de estos procedimientos contribuyen en última instancia a la seguridad y comodidad de los pacientes y el personal médico en el ámbito hospitalario.

Proceso de Lavado Automático en Lavanderías Hospitalarias

En el contexto de las lavanderías hospitalarias, el proceso de lavado automático es un componente crítico que garantiza la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en entornos médicos. En este proceso, se emplean lavadoras industriales y se aplican programas específicos para cada tipo de prenda y tejido, considerando factores clave como el color, el tipo de manchas y las temperaturas adecuadas. A continuación, se exploran los aspectos fundamentales de este proceso:

Lavado Automático de Ropa de Hogar en Lavanderías Hospitalarias

En las lavanderías hospitalarias, el lavado automático de ropa de hogar reviste una importancia significativa. Algunos de los puntos clave en este proceso incluyen:

- Selección del Lavado de Sábanas y Toallas: La elección del programa de lavado para sábanas y toallas se basa en criterios como el color, el tejido y el tipo de manchas. Para prendas blancas, se recomienda el uso de blanqueadores y temperaturas entre 40 °C y 60 °C, mientras que las prendas de color requieren ciclos más largos y temperaturas moderadas para evitar la decoloración.
- Lavado de Ropa de Cocina: La ropa de cocina, propensa a manchas persistentes,

requiere ciclos de lavado más largos, temperaturas más elevadas y detergentes más potentes. El proceso concluye con un centrifugado enérgico para facilitar el secado.

- **Lavado de Bayetas de Limpieza de Mobiliario:** Este tipo de prendas, utilizadas en tareas de limpieza y a menudo contaminadas con sustancias grasas, sigue un proceso de lavado similar al de la ropa de cocina.

Lavado Automático de Ropa de Vestir en Lavanderías Hospitalarias

El proceso de lavado automático de la ropa de vestir se caracteriza por la clasificación meticulosa de las prendas, considerando factores como el color, el tejido, las manchas y el tamaño. Aquí se destacan algunos aspectos esenciales:

- **Clasificación de Prendas:** Las prendas se agrupan cuidadosamente en función de sus características individuales, como color, tejido, manchas y tamaño. Aquellas prendas delicadas o con ornamentos pueden lavarse en bolsas de lavado para prevenir enganches o daños.
- **Colada Eficiente:** Para maximizar la eficiencia del lavado, se recomienda agrupar prendas similares, como pantalones y camisas. Las camisas de colores claros pueden lavarse juntas si cumplen con ciertos criterios.
- **Tejidos Especiales:** Prendas elaboradas con tejidos especiales, como lana, lino o seda, requieren programas de lavado específicos con ajustes adaptados a las particularidades de cada tejido.

Tipología de Electrodomésticos en Lavanderías Hospitalarias

En las lavanderías hospitalarias, se emplean principalmente tres tipos de electrodomésticos: lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, cada uno con sus características distintivas:

Lavadoras: Estas pueden ser de carga frontal o carga superior, y su capacidad varía desde 4 hasta 8 kilogramos de ropa. La velocidad de centrifugado, medida en revoluciones por minuto (r.p.m.), influye en el tiempo de secado posterior.

Secadoras: Existen tres tipos de secadoras: de evacuación directa, de condensación por agua y de condensación por aire. Cada tipo presenta particularidades específicas en su funcionamiento.

Lavadora-Secadora: Este electrodoméstico combina las funciones de lavadora y secadora en una sola unidad. Aunque ahorra espacio, es importante tener en cuenta sus desventajas, como un mayor consumo de agua y electricidad.

Utilización de Aparatos Electrodomésticos en Lavanderías Hospitalarias

Para mantener la eficiencia y prolongar la vida útil de los electrodomésticos de lavandería hospitalaria, es vital seguir ciertas recomendaciones:

- **Consultar las etiquetas de las prendas** para asegurarse de que son aptas para lavadoras y secadoras.

- Maximizar el centrifugado durante el lavado para reducir el tiempo de secado posterior.
- Evitar sobrecargar el tambor de la máquina, lo que puede afectar el rendimiento y la limpieza adecuada de la ropa.
- Seleccionar programas de lavado y secado apropiados según el tipo de tejido, el grado de humedad y el nivel de secado deseado.
- Realizar un mantenimiento regular y seguir las pautas de conservación proporcionadas por los fabricantes para garantizar el funcionamiento óptimo de los electrodomésticos a lo largo del tiempo.

Estos son los pilares fundamentales del proceso de lavado automático en las lavanderías hospitalarias, donde la higiene y la eficiencia son cruciales para garantizar la seguridad y la comodidad en los entornos médicos. El conocimiento y la aplicación adecuados de estos procedimientos son esenciales para el éxito de la gestión de lavanderías hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

La gestión eficiente de hospitales y centros de atención médica depende en gran medida de un elemento fundamental: la lavandería hospitalaria. Este componente desempeña un papel esencial en el mantenimiento de la limpieza y la higiene en entornos médicos, contribuyendo significativamente a la calidad de la atención brindada. En este contexto, el proceso de lavado automático de la ropa de hogar y las prendas de vestir cobra un protagonismo crucial.

Para lograr resultados óptimos en el proceso de lavado hospitalario, es imperativo contar con prácticas específicas que incluyan la elección adecuada de programas de lavado, la clasificación meticulosa de prendas y la utilización de productos apropiados. Estos aspectos son fundamentales para asegurar que la ropa esté completamente limpia y libre de cualquier contaminante, lo que es esencial en entornos médicos donde la higiene es prioritaria.

Además de las prácticas de lavado adecuadas, la elección de los electrodomésticos utilizados en la lavandería hospitalaria desempeña un papel crucial en la eficiencia operativa. La selección adecuada de lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, así como su mantenimiento adecuado, son elementos esenciales para garantizar que estos equipos funcionen de manera eficiente y duradera. Esto no solo contribuye al ahorro de recursos, como agua y energía, sino que también garantiza la disponibilidad constante de estos equipos, lo que es vital en entornos hospitalarios donde la demanda es continua.

Los procesos de lavado automático de ropa de hospital son esenciales para mantener altos estándares de higiene y limpieza en entornos médicos. La capacitación del personal y la adopción de mejores prácticas son factores determinantes para garantizar la eficacia y la durabilidad de los equipos utilizados en la lavandería hospitalaria, lo que a su vez contribuye al éxito en la gestión de la atención médica y al bienestar de pacientes y personal médico.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 613

PROCEDIMIENTOS AUTOMATIZADOS DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

La función desempeñada por la lavandería hospitalaria es de suma importancia dentro de la gestión de un hospital, ya que su responsabilidad principal radica en asegurar que la ropa empleada en el ámbito médico esté impecablemente limpia y libre de cualquier forma de contaminación. Un componente esencial de este proceso es la automatización del lavado de la ropa hospitalaria. Este informe se enfoca en detallar y analizar minuciosamente los procedimientos automatizados de lavado que se llevan a cabo en el contexto hospitalario, con un énfasis en las prendas de cama y vestimenta utilizadas en este entorno crítico de cuidados médicos.

El proceso de lavado automatizado desempeña un papel crucial en la garantía de la higiene y limpieza de la ropa de hospital. La precisión y eficacia de esta operación son fundamentales para mantener altos estándares de seguridad en el ámbito médico. Por lo tanto, es de suma importancia profundizar en los detalles

de cómo se ejecuta este proceso, considerando las particularidades de las prendas utilizadas en hospitales.

Es importante señalar que el alcance de este informe se centra específicamente en los procesos automatizados de lavado de la ropa de hogar y las prendas de vestir en el contexto hospitalario. Esta limitación temática permite una exploración exhaustiva de los procedimientos involucrados en el lavado de artículos como sábanas, batas, uniformes médicos y otros elementos de uso común en hospitales. La automatización en el lavado de la ropa de hospital se lleva a cabo mediante maquinaria especializada diseñada para cumplir con los rigurosos estándares de limpieza y desinfección necesarios en entornos médicos. Estas máquinas están programadas para adaptarse a las necesidades específicas de cada tipo de prenda, lo que incluye la selección de detergentes adecuados, temperaturas de lavado precisas y ciclos de lavado específicos para eliminar cualquier rastro de contaminación.

Además, la automatización garantiza un proceso de lavado uniforme y consistente, lo que reduce la posibilidad de errores humanos y garantiza la confiabilidad de los resultados. Estas máquinas están diseñadas para funcionar con eficiencia, maximizando la productividad y optimizando el uso de recursos como agua y energía.

Este informe se sumerge en el crucial proceso automatizado de lavado de ropa de hogar y prendas de vestir en el ámbito hospitalario, destacando su relevancia en la gestión de la higiene y la limpieza en hospitales. La automatización de este proceso se lleva a cabo mediante maquinaria especializada que se adapta a las necesidades específicas de las prendas, garantizando la eliminación de cualquier forma de contaminación. Esta automatización es fundamental para mantener los altos estándares de seguridad necesarios en entornos médicos y para asegurar la integridad de la ropa hospitalaria.

2 Objetivos

Explicar cómo funciona la automatización de la lavandería de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se ha consultado artículos de

las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La lavandería hospitalaria es un componente esencial de la gestión en un entorno de atención médica, siendo responsable de mantener los más altos estándares de higiene y limpieza en la ropa utilizada en un hospital. Dentro de este contexto, uno de los aspectos de mayor relevancia es la automatización de los procesos de lavado de la ropa hospitalaria. Este informe se adentrará en detalle en los procedimientos automatizados de lavado que tienen lugar en un hospital, prestando especial atención a las prendas utilizadas en este crítico entorno de atención médica.

Los procesos automatizados de lavado desempeñan un papel fundamental en la garantía de la higiene y la limpieza de la ropa hospitalaria. La precisión y eficiencia de estos procedimientos son esenciales para mantener los más altos niveles de seguridad en un entorno médico. Por lo tanto, es imperativo profundizar en los pormenores de cómo se desarrolla este proceso, teniendo en cuenta las particularidades de las prendas de hospital.

Vale la pena destacar que el enfoque de este informe se restringe específicamente a los procesos automatizados de lavado de la ropa en un hospital, lo que permite una exploración minuciosa de los procedimientos implicados en el lavado de artículos como sábanas, batas, uniformes médicos y otros elementos de uso común en entornos hospitalarios.

La automatización de los procesos de lavado en la ropa hospitalaria se lleva a cabo mediante maquinaria especializada diseñada para cumplir con los exigentes estándares de limpieza y desinfección necesarios en un hospital. Estas máquinas están programadas para ajustarse a las necesidades específicas de cada tipo de prenda, lo que incluye la selección de detergentes adecuados, la aplicación de temperaturas de lavado precisas y la ejecución de ciclos de lavado específicos para eliminar cualquier rastro de contaminación.

Asimismo, la automatización asegura que el proceso de lavado se realice de manera uniforme y consistente, lo que reduce la posibilidad de errores humanos y garantiza la confiabilidad de los resultados. Estas máquinas están diseñadas para operar con eficacia, maximizando la productividad y optimizando el uso de recursos como el agua y la energía, contribuyendo así a una gestión económica y eficiente de la lavandería hospitalaria.

Este informe se adentra en el fundamental proceso automatizado de lavado de la

ropa en el contexto de una lavandería hospitalaria, resaltando su importancia en la gestión de la higiene y la limpieza en un hospital. La automatización de este proceso se lleva a cabo mediante maquinaria especializada que se adapta a las necesidades específicas de las prendas, garantizando la eliminación de cualquier forma de contaminación. Esta automatización es esencial para mantener los más altos estándares de seguridad requeridos en entornos médicos y para asegurar la integridad de la ropa utilizada en hospitales.

La gestión de lavanderías hospitalarias es un componente esencial de la atención médica, ya que garantiza la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en entornos médicos. En este contexto, el proceso de lavado automático desempeña un papel crítico. Las lavanderías hospitalarias hacen uso de lavadoras industriales y programas específicos diseñados para abordar las necesidades únicas de la ropa hospitalaria. Estos programas consideran factores cruciales, como el color, el tipo de manchas y las temperaturas apropiadas para lograr resultados óptimos.

En este informe, exploraremos en detalle los fundamentos de este proceso de lavado automático en lavanderías hospitalarias, dividiéndolo en dos categorías principales: el lavado automático de ropa de hogar y el lavado automático de ropa de vestir. Además, examinaremos la tipología de los electrodomésticos utilizados en estas lavanderías, como lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, y discutiremos las mejores prácticas para mantener su eficiencia y durabilidad.

Cada una de estas secciones proporciona información esencial para garantizar la higiene y la calidad en la gestión de lavanderías hospitalarias. Desde la selección de programas de lavado adecuados hasta el mantenimiento de los electrodomésticos, estos aspectos son vitales para garantizar que la ropa utilizada en entornos médicos cumpla con los estándares más rigurosos de limpieza y asepsia. El conocimiento y la aplicación de estos procedimientos contribuyen en última instancia a la seguridad y comodidad de los pacientes y el personal médico en el ámbito hospitalario.

Proceso de Lavado Automático en Lavanderías Hospitalarias

En el contexto de las lavanderías hospitalarias, el proceso de lavado automático es un componente crítico que garantiza la higiene y la asepsia de la ropa utilizada en entornos médicos. En este proceso, se emplean lavadoras industriales y se aplican programas específicos para cada tipo de prenda y tejido, considerando factores clave como el color, el tipo de manchas y las temperaturas adecuadas. A continuación, se exploran los aspectos fundamentales de este proceso:

Lavado Automático de Ropa de Hogar en Lavanderías Hospitalarias

En las lavanderías hospitalarias, el lavado automático de ropa de hogar reviste una importancia significativa. Algunos de los puntos clave en este proceso in-

cluyen:

- Selección del Lavado de Sábanas y Toallas: La elección del programa de lavado para sábanas y toallas se basa en criterios como el color, el tejido y el tipo de manchas. Para prendas blancas, se recomienda el uso de blanqueadores y temperaturas entre 40°C y 60°C, mientras que las prendas de color requieren ciclos más largos y temperaturas moderadas para evitar la decoloración.
- Lavado de Ropa de Cocina: La ropa de cocina, propensa a manchas persistentes, requiere ciclos de lavado más largos, temperaturas más elevadas y detergentes más potentes. El proceso concluye con un centrifugado enérgico para facilitar el secado.
- Lavado de Bayetas de Limpieza de Mobiliario: Este tipo de prendas, utilizadas en tareas de limpieza y a menudo contaminadas con sustancias grasas, sigue un proceso de lavado similar al de la ropa de cocina.

Lavado Automático de Ropa de Vestir en Lavanderías Hospitalarias

El proceso de lavado automático de la ropa de vestir se caracteriza por la clasificación meticulosa de las prendas, considerando factores como el color, el tejido, las manchas y el tamaño. Aquí se destacan algunos aspectos esenciales:

- Clasificación de Prendas: Las prendas se agrupan cuidadosamente en función de sus características individuales, como color, tejido, manchas y tamaño. Aquellas prendas delicadas o con ornamentos pueden lavarse en bolsas de lavado para prevenir enganches o daños.
- Colada Eficiente: Para maximizar la eficiencia del lavado, se recomienda agrupar prendas similares, como pantalones y camisas. Las camisas de colores claros pueden lavarse juntas si cumplen con ciertos criterios.
- Tejidos Especiales: Prendas elaboradas con tejidos especiales, como lana, lino o seda, requieren programas de lavado específicos con ajustes adaptados a las particularidades de cada tejido.

Tipología de Electrodomésticos en Lavanderías Hospitalarias

En las lavanderías hospitalarias, se emplean principalmente tres tipos de electrodomésticos: lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, cada uno con sus características distintivas:

Lavadoras: Estas pueden ser de carga frontal o carga superior, y su capacidad varía desde 4 hasta 8 kilogramos de ropa. La velocidad de centrifugado, medida en revoluciones por minuto (r.p.m.), influye en el tiempo de secado posterior.

Secadoras: Existen tres tipos de secadoras: de evacuación directa, de condensación por agua y de condensación por aire. Cada tipo presenta particularidades específicas en su funcionamiento.

Lavadora-Secadora: Este electrodoméstico combina las funciones de lavadora y

secadora en una sola unidad. Aunque ahorra espacio, es importante tener en cuenta sus desventajas, como un mayor consumo de agua y electricidad.

Utilización de Aparatos Electrodomésticos en Lavanderías Hospitalarias

Para mantener la eficiencia y prolongar la vida útil de los electrodomésticos de lavandería hospitalaria, es vital seguir ciertas recomendaciones:

- Consultar las etiquetas de las prendas para asegurarse de que son aptas para lavadoras y secadoras.
- Maximizar el centrifugado durante el lavado para reducir el tiempo de secado posterior.
- Evitar sobrecargar el tambor de la máquina, lo que puede afectar el rendimiento y la limpieza adecuada de la ropa.
- Seleccionar programas de lavado y secado apropiados según el tipo de tejido, el grado de humedad y el nivel de secado deseado.
- Realizar un mantenimiento regular y seguir las pautas de conservación proporcionadas por los fabricantes para garantizar el funcionamiento óptimo de los electrodomésticos a lo largo del tiempo.

Estos son los pilares fundamentales del proceso de lavado automático en las lavanderías hospitalarias, donde la higiene y la eficiencia son cruciales para garantizar la seguridad y la comodidad en los entornos médicos. El conocimiento y la aplicación adecuados de estos procedimientos son esenciales para el éxito de la gestión de lavanderías hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

La gestión eficiente de hospitales y centros de atención médica depende en gran medida de un elemento fundamental: la lavandería hospitalaria. Este componente desempeña un papel esencial en el mantenimiento de la limpieza y la higiene en entornos médicos, contribuyendo significativamente a la calidad de la atención brindada. En este contexto, el proceso de lavado automático de la ropa de hogar y las prendas de vestir cobra un protagonismo crucial.

Para lograr resultados óptimos en el proceso de lavado hospitalario, es imperativo contar con prácticas específicas que incluyan la elección adecuada de programas de lavado, la clasificación meticulosa de prendas y la utilización de productos apropiados. Estos aspectos son fundamentales para asegurar que la ropa esté completamente limpia y libre de cualquier contaminante, lo que es esencial en entornos médicos donde la higiene es prioritaria.

Además de las prácticas de lavado adecuadas, la elección de los electrodomésticos utilizados en la lavandería hospitalaria desempeña un papel crucial en la

eficiencia operativa. La selección adecuada de lavadoras, secadoras y lavadoras-secadoras, así como su mantenimiento adecuado, son elementos esenciales para garantizar que estos equipos funcionen de manera eficiente y duradera. Esto no solo contribuye al ahorro de recursos, como agua y energía, sino que también garantiza la disponibilidad constante de estos equipos, lo que es vital en entornos hospitalarios donde la demanda es continua.

Los procesos de lavado automático de ropa de hospital son esenciales para mantener altos estándares de higiene y limpieza en entornos médicos. La capacitación del personal y la adopción de mejores prácticas son factores determinantes para garantizar la eficacia y la durabilidad de los equipos utilizados en la lavandería hospitalaria, lo que a su vez contribuye al éxito en la gestión de la atención médica y al bienestar de pacientes y personal médico.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 614

RELACIÓN ENTRE EL AUSENTISMO Y LAS DIFICULTADES EN EL TRABAJO DE EMPLEADOS EN LAVANDERÍAS HOSPITALARIAS PÚBLICAS

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

MANUEL GALDÓN GARVÍ

1 Introducción

El ausentismo laboral, que implica la ausencia de los empleados en sus lugares de trabajo, puede originarse por diversas razones. Estas causas comprenden aspectos relacionados con la insatisfacción en el entorno laboral, la falta de reconocimiento y, en el contexto de una lavandería hospitalaria, cuestiones de salud ocupacional como las enfermedades osteomusculares relacionadas con el trabajo (DORT) y las lesiones por esfuerzo repetitivo (LER). Un factor adicional que contribuye al ausentismo es el dolor crónico, una afección que afecta a una parte significativa de la población y que tiene el potencial de deteriorar la calidad de vida de los trabajadores.

El propósito de este informe es analizar la relación entre el dolor y los desafíos que enfrentan los empleados de una lavandería hospitalaria pública en el desempeño de sus tareas laborales. Este análisis se centrará en examinar las causas subyacentes del ausentismo y sus efectos tanto en la productividad como en la salud ocupacional de los trabajadores.

El ausentismo laboral puede tener un impacto significativo en la productividad de una organización y en la salud de sus empleados. En particular, en un entorno como una lavandería hospitalaria, donde las tareas pueden ser físicamente exigentes y repetitivas, las condiciones de salud de los trabajadores desempeñan un papel crucial en su capacidad para cumplir con sus responsabilidades laborales. El dolor crónico es una de las principales razones detrás del ausentismo laboral y puede derivar de una variedad de causas, como lesiones previas, enfermedades crónicas o condiciones relacionadas con la naturaleza misma del trabajo. Es importante abordar estas cuestiones desde una perspectiva de salud ocupacional para garantizar la seguridad y el bienestar de los empleados.

El análisis detallado de las causas subyacentes del ausentismo y sus efectos en la productividad y la salud laboral permitirá identificar áreas de mejora y tomar medidas para mitigar los riesgos asociados. Al comprender mejor la relación entre el dolor y el desempeño laboral en una lavandería hospitalaria, es posible implementar estrategias que promuevan la salud y la eficiencia de los empleados, al tiempo que se reducen los índices de ausentismo y se mejora la calidad de vida en el trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio son variados y tienen como propósito principal examinar y discutir las complicaciones que enfrentan los empleados de una lavandería hospitalaria pública en el desempeño de sus labores diarias y cómo estas complicaciones están relacionadas con la presencia de dolor y el ausentismo laboral. Para alcanzar este objetivo central, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las causas subyacentes del ausentismo entre los empleados de la lavandería hospitalaria pública. Esto implica investigar y comprender las razones detrás de las ausencias laborales, ya sean de naturaleza física o relacionadas con factores del entorno laboral.
- Evaluar la relación existente entre las dificultades que experimentan los trabajadores en el cumplimiento de sus tareas laborales y el dolor que experimentan. Se busca comprender cómo las condiciones laborales pueden contribuir al de-

sarrollo de molestias físicas y si estas, a su vez, influyen en la capacidad de los empleados para llevar a cabo sus funciones de manera eficiente.

- Investigar las consecuencias del ausentismo en la productividad y el funcionamiento general de la lavandería hospitalaria. Este objetivo implica analizar cómo la falta de presencia de empleados afecta a la operatividad y eficiencia de la lavandería, así como su capacidad para cumplir con sus responsabilidades.

Al abordar estos objetivos específicos, se espera obtener una comprensión más profunda de las interacciones entre el dolor, el ausentismo y la productividad en una lavandería hospitalaria pública. Este conocimiento es esencial para implementar estrategias efectivas que promuevan la salud y el bienestar de los empleados, al tiempo que se optimiza el funcionamiento de la organización en su conjunto. Además, contribuirá a la mejora de las condiciones laborales y la calidad de vida de los trabajadores en un entorno laboral único, como es una lavandería hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se implementó un enfoque de estudio descriptivo-exploratorio en el contexto de una lavandería hospitalaria que opera en la Universidad Federal de Río Grande, Brasil. La metodología aplicada en este estudio involucró varios procedimientos destinados a recopilar datos relevantes y comprender mejor la relación entre el dolor, el ausentismo y las actividades laborales de los empleados. Los procedimientos utilizados en este estudio incluyeron los siguientes:

- Búsqueda documental: Se realizó una exhaustiva revisión de documentos relacionados con los problemas de salud y las ausencias laborales de los empleados en la lavandería hospitalaria. Esto implicó la recopilación y análisis de registros, informes y cualquier documentación pertinente que proporcionara información sobre los temas en cuestión.
- Entrevistas semiestructuradas: Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con los empleados de la lavandería hospitalaria. Estas entrevistas permitieron recopilar datos cualitativos sobre las dificultades que enfrentaban los trabajadores al desempeñar sus tareas laborales y su experiencia personal con el dolor. A través de estas conversaciones, se obtuvo una visión más profunda de las percepciones y vivencias de los empleados en relación con su trabajo y su salud.
- Evaluación del Dolor a través de la Percepción Subjetiva: Se utilizó una evaluación subjetiva del dolor para identificar los puntos de frecuencia e intensidad del dolor experimentados por los empleados. Esta evaluación se centró en la per-

cepción individual de los trabajadores sobre el dolor que experimentaban en el contexto de sus actividades laborales.

Al combinar estos procedimientos, se buscó obtener una comprensión completa y matizada de la interacción entre el dolor, el ausentismo y las labores de los empleados en la lavandería hospitalaria. Este enfoque metodológico permitió recopilar datos cuantitativos y cualitativos que enriquecieron la comprensión de los desafíos y las experiencias de los trabajadores en este entorno laboral específico. Además, proporcionó una base sólida para analizar y discutir los resultados del estudio.

4 Resultados

El origen del ausentismo en el personal de la lavandería hospitalaria se ha identificado como un fenómeno complejo influenciado por diversas causas, que pueden dividirse en dos categorías principales: problemas de salud física y factores relacionados con el entorno laboral. Estos motivos engloban una serie de desafíos que los empleados enfrentan en su lugar de trabajo, lo que incluye la falta de cumplimiento en el uso del Equipo de Protección Personal (EPI), una distribución desigual de responsabilidades que resulta en una carga laboral excesiva, el deterioro de los equipos utilizados, condiciones ambientales deficientes y un nivel general de insatisfacción en el entorno laboral.

La relación entre estas complicaciones y el dolor es un aspecto fundamental que ha surgido en el estudio. Los empleados han compartido sus experiencias sobre diversos obstáculos que encuentran al llevar a cabo sus tareas laborales. Estos obstáculos comprenden la falta de personal o una distribución inadecuada del mismo, el uso de maquinaria en condiciones precarias y la carencia de indumentaria adecuada, entre otros. Más significativamente, se ha observado una clara conexión entre estos problemas y los síntomas dolorosos que experimentan los empleados. Esto se traduce en que múltiples trabajadores han informado sentir dolor en diferentes partes de sus cuerpos mientras realizan sus labores diarias en la lavandería hospitalaria.

Las consecuencias del ausentismo se han revelado como perjudiciales tanto para los empleados como para la eficacia de la lavandería hospitalaria en su conjunto. En un lapso de seis meses, se registraron un total de 185 días de ausentismo, lo que representó una carga significativa para la capacidad de la lavandería para llevar a cabo sus operaciones de manera eficiente. Además, el ausentismo ha generado una sobrecarga de trabajo para los empleados que están presentes, lo que aumenta el riesgo de problemas de salud relacionados con el trabajo y compromete

la calidad general de los servicios prestados por la lavandería hospitalaria. Este análisis subraya la compleja relación entre el ausentismo, el dolor experimentado por los empleados y las consecuencias adversas en la productividad y la salud laboral en el entorno de la lavandería hospitalaria. Estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar de manera integral las causas y los efectos del ausentismo para mejorar tanto las condiciones laborales como la eficiencia de los servicios prestados.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio arroja luz sobre la compleja relación que existe entre el dolor experimentado por los empleados, las dificultades que enfrentan al llevar a cabo sus labores y el problema del ausentismo en una lavandería hospitalaria de carácter público. Se identifican una serie de factores que contribuyen significativamente a estas problemáticas, entre los que se incluyen la falta de cumplimiento en el uso del Equipo de Protección Personal (EPI), una organización laboral deficiente, la insatisfacción en el ámbito laboral y las condiciones laborales que presentan carencias.

Para abordar estos desafíos y mejorar la calidad de vida de los empleados, se proponen diversas acciones y estrategias. Entre estas acciones, se destaca la necesidad de realizar inversiones en el entorno laboral, que pueden incluir mejoras en las condiciones físicas y en la ergonomía del lugar de trabajo. Asimismo, se plantea la importancia de promover la participación activa de los empleados en la toma de decisiones relacionadas con sus labores y entorno laboral. Además, se enfatiza la importancia de proporcionar capacitación continua y concienciación acerca de los riesgos laborales, con el objetivo de empoderar a los empleados para que puedan hacer frente a los desafíos de manera efectiva y segura.

Estas medidas propuestas tienen el potencial de mitigar el problema del ausentismo, mejorar la productividad y, en última instancia, fomentar un entorno laboral más saludable y seguro en la lavandería hospitalaria pública. Este estudio subraya la importancia de abordar de manera integral las cuestiones del ausentismo y el dolor en el contexto de la lavandería hospitalaria, reconociendo que estos problemas pueden tener un impacto significativo tanto en la salud de los empleados como en la eficacia general de los servicios. La implementación de medidas preventivas y correctivas se presenta como esencial para potenciar las condiciones laborales y la calidad del servicio en este ámbito.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 615

LOS DISTINTOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS SANITARIOS Y LA GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

1 Introducción

En el panorama actual de la atención médica, los programas informáticos sanitarios han adquirido un papel fundamental en la gestión eficiente de la información clínica y administrativa. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario se erige como un eslabón vital en el uso y administración de estos programas. Aunque su labor pueda parecer orientada hacia tareas administrativas, su habilidad en la gestión de programas informáticos impacta de manera directa en la calidad de los servicios de atención médica, la toma de decisiones clínicas y la coordinación interdisciplinaria.

Los programas informáticos sanitarios abarcan una amplia gama de herramientas, desde sistemas de registro médico electrónico hasta plataformas de gestión

de citas y administración de pacientes. El auxiliar administrativo desempeña un rol crucial al asegurar que estos programas sean operados de manera eficiente y efectiva.

La habilidad del auxiliar administrativo para operar y gestionar programas informáticos influye en la precisión y disponibilidad de la información clínica y administrativa. Su capacidad para ingresar, actualizar y recuperar datos de manera exacta contribuye a la integridad de los registros médicos y a una atención más segura y confiable.

La coordinación interdisciplinaria entre los profesionales de la salud se ve beneficiada por la gestión adecuada de los programas informáticos. El auxiliar administrativo actúa como un enlace al garantizar que la información fluya de manera fluida entre los diferentes miembros del equipo médico.

La adaptabilidad del auxiliar administrativo a diversos programas informáticos demuestra su habilidad para ajustarse a las cambiantes necesidades de la atención médica moderna. La capacitación continua y la actualización de sus competencias tecnológicas son esenciales para asegurar el uso efectivo de estas herramientas.

2 Objetivos

- Exponer y evaluar los principales trabajos con los programas informáticos sanitarios según el auxiliar administrativo.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los auxiliares 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 EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre julio de 2023 y septiembre 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 de programas informáticos sanitarios se ha convertido en un componente esencial para la optimización de la atención médica y la administración de información clínica y administrativa. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario es de gran relevancia, ya que su capacidad para operar y gestionar distintos programas informáticos impacta directamente en la eficiencia, precisión y calidad de los servicios de atención médica. Aunque su labor pueda parecer centrada en tareas administrativas, su habilidad en el manejo de programas informáticos se traduce en una mejor coordinación interdisciplinaria, toma de decisiones informadas y un flujo de información más fluido.

Esta introducción nos invita a explorar el mundo de los distintos programas informáticos sanitarios y su gestión desde la perspectiva del auxiliar administrativo. A lo largo de esta guía, examinaremos cómo el auxiliar administrativo aborda la utilización de programas informáticos, cómo influye en su rutina laboral y cómo su destreza en esta área contribuye al éxito general de la gestión de información en el entorno sanitario.

La variedad de programas informáticos sanitarios disponibles abarca desde sistemas de registro médico electrónico hasta plataformas de citas y administración de pacientes. El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial al asegurar que estos programas sean utilizados de manera efectiva y eficiente.

La capacidad del auxiliar administrativo para operar y gestionar distintos programas informáticos tiene un impacto directo en la precisión y accesibilidad de la información clínica y administrativa. Su habilidad para ingresar, actualizar y recuperar datos de manera precisa asegura registros completos y actualizados, lo que contribuye a una atención médica más segura.

La coordinación interdisciplinaria entre los profesionales de la salud se fortalece gracias a la gestión efectiva de programas informáticos. El auxiliar administrativo actúa como un enlace al asegurar que la información fluya de manera adecuada entre los diferentes miembros del equipo médico.

La adaptabilidad del auxiliar administrativo a diferentes programas informáticos demuestra su habilidad para evolucionar con las demandas cambiantes de la atención médica moderna. La capacitación constante y la actualización de sus habilidades tecnológicas son esenciales para asegurar un uso eficiente de estas herramientas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de programas informáticos sanitarios desempeña un papel crucial en la mejora de la atención médica y la eficiencia administrativa en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva del auxiliar administrativo sanitario, hemos explorado cómo su labor va más allá de las tareas administrativas tradicionales, y cómo su habilidad en la gestión de programas informáticos impacta directamente en la calidad de los servicios médicos y la coordinación interdisciplinaria.

La destreza del auxiliar administrativo en la utilización de programas informáticos asegura que la información médica esté organizada, precisa y accesible para los profesionales de la salud. Su capacidad para ingresar, actualizar y recuperar datos de manera precisa garantiza registros médicos completos y actualizados, lo que a su vez contribuye a una atención médica más segura y eficiente.

La coordinación interdisciplinaria entre los miembros del equipo médico se ve fortalecida gracias a la gestión eficiente de programas informáticos. El auxiliar administrativo actúa como un enlace al facilitar la comunicación y el flujo de información entre diferentes profesionales de la salud.

La adaptabilidad del auxiliar administrativo a distintos programas informáticos demuestra su capacidad para evolucionar con los avances tecnológicos en el campo de la salud. La formación constante y la actualización de sus habilidades tecnológicas son esenciales para asegurar un uso efectivo y eficiente de estas herramientas.

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. Vélez Díaz-Pallarés M, Pérez Menéndez-Conde C, Sánchez Cuervo M, Bermejo Vicedo T. Consumo de medicamentos de uso compasivo en un hospital general. *Rev O.F.I.L.* 2009;19(3):36-43.
3. Bernardi A, Pegoraro R. The ethics of off-label use of drugs: oncology pharmacy in Italy. *J Clin Pharm Ther* 2008;33(2):95-9.
4. Rupp MT. The pharmacist's role in off-label prescribing—reply. *Arch Intern Med* 2010;170(7):658.
5. Le Jeunne 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.

6. 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.

7. 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 616

LA ADMINISTRACIÓN EN LA DOCUMENTACIÓN HOSPITALARIA DE LOS DATOS DE PACIENTES SEGÚN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

BEATRIZ PEREZ PEREZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, la administración de la documentación de los datos de pacientes es una pieza esencial para brindar una atención médica efectiva y organizada. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario cobra una relevancia significativa, ya que su habilidad para gestionar y mantener los registros clínicos y administrativos de los pacientes influye directamente en la toma de decisiones médicas, la coordinación interdisciplinaria y la integridad de la información hospitalaria. Aunque su labor puede parecer orientada hacia tareas administrativas, su destreza en la administración de datos de pacientes desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención y la fluidez de los procesos hospitalarios.

La administración en la documentación hospitalaria abarca desde el ingreso y actualización de datos hasta la organización y el mantenimiento de los registros médicos. El auxiliar administrativo desempeña un rol crucial al asegurar que estos registros estén completos, precisos y sean accesibles.

La capacidad del auxiliar administrativo para gestionar y mantener la información de los pacientes impacta directamente en la toma de decisiones clínicas y en la continuidad de la atención médica. Un historial clínico detallado y actualizado es esencial para planificar tratamientos efectivos y coordinar la atención entre diferentes especialidades.

La coordinación interdisciplinaria entre los profesionales de la salud se ve mejorada gracias a la gestión eficiente de la documentación de pacientes. El auxiliar administrativo facilita la comunicación y el flujo de información entre los diferentes miembros del equipo médico, asegurando una atención integral y coordinada.

La seguridad y confidencialidad de los datos son aspectos críticos en la administración de la documentación hospitalaria. El auxiliar administrativo debe cumplir con las normativas de protección de datos y asegurar que la información del paciente esté resguardada de manera ética y legal.

2 Objetivos

- Exponer y evaluar los principales trabajos del auxiliar administrativo en la documentación sanitaria.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los auxiliares administrativos y la documentación sanitaria.

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 EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“hospital health documentation” OR “health documentation”) AND (“health administrative” OR administrative OR “administrative assistant”).

4 Resultados

La administración en la documentación hospitalaria de los datos de pacientes es un aspecto esencial en la prestación de atención médica de calidad y en la gestión eficiente de los registros clínicos y administrativos. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo sanitario cobra una gran relevancia, ya que su capacidad para gestionar y organizar la información de los pacientes en la documentación hospitalaria impacta directamente en la toma de decisiones médicas, la coordinación interdisciplinaria y la garantía de un historial clínico preciso. Aunque su labor pueda parecer enfocada en tareas administrativas, su destreza en la administración de datos de pacientes contribuye de manera significativa a la calidad de la atención y a la fluidez de los procesos hospitalarios.

La administración en la documentación hospitalaria implica la captura, organización y mantenimiento de los datos de los pacientes en registros clínicos electrónicos u otros sistemas de información. El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial al garantizar que estos datos sean ingresados de manera precisa y completa.

La capacidad del auxiliar administrativo para organizar y mantener la información de los pacientes impacta en la toma de decisiones clínicas y en la continuidad de la atención médica. Un historial clínico detallado y actualizado facilita la planificación de tratamientos y la coordinación entre diferentes especialistas.

La coordinación interdisciplinaria se beneficia gracias a la gestión eficiente de la documentación de pacientes. El auxiliar administrativo asegura que la información fluya adecuadamente entre diferentes profesionales de la salud, optimizando la comunicación y colaboración entre ellos.

La seguridad y confidencialidad de los datos son aspectos críticos en la administración de la documentación hospitalaria. El auxiliar administrativo debe cumplir con los estándares de privacidad y protección de datos para asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

La administración en la documentación hospitalaria de los datos de pacientes es esencial para una atención médica de calidad, y el auxiliar administrativo sanitario juega un rol fundamental en su ejecución exitosa. Su capacidad para gestionar y organizar la información de pacientes impacta directamente en la calidad de la atención médica, la coordinación interdisciplinaria y la eficiencia de los procesos hospitalarios. A través de su trabajo, el auxiliar administrativo demuestra su compromiso con la excelencia en la gestión de información en el ámbito hospitalario, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento óptimo del sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración en la documentación hospitalaria de los datos de pacientes desempeña un rol fundamental en la prestación de atención médica de calidad y en la gestión eficiente de los registros clínicos y administrativos. Desde la perspectiva del auxiliar administrativo sanitario, hemos explorado cómo esta labor va más allá de las tareas administrativas convencionales y cómo su habilidad en la administración de datos de pacientes contribuye de manera directa a la toma de decisiones médicas, la coordinación interdisciplinaria y la garantía de un historial clínico preciso.

La destreza del auxiliar administrativo en la gestión y organización de la información de los pacientes asegura registros clínicos completos, actualizados y confiables. Esto tiene un impacto directo en la planificación de tratamientos efectivos y en la continuidad de la atención médica.

La coordinación interdisciplinaria entre los profesionales de la salud se ve beneficiada por la gestión adecuada de la documentación hospitalaria. El auxiliar administrativo actúa como un puente al facilitar la comunicación y el flujo de información entre diferentes miembros del equipo médico.

La confidencialidad y seguridad de los datos son de suma importancia en la administración de la documentación de pacientes. El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial al asegurar que la información esté protegida y cumpla con las regulaciones de privacidad.

6 Bibliografía

1. Ramos-Merino M, Álvarez-Sabucedo LM, Santos-Gago JM, Sanz-Valero J. A BPMN Based Notation for the Representation of Workflows in Hospital Protocols. *J Med Syst.* 2018;42(10):e181. DOI: 10.1007/s10916-018-1034-2.
2. Mortimore S, Wallace C. An introduction to HACCP. In: Mortimore S, Wallace C. HACCP A Practical Approach. 2° edition. Boston, Massachusetts, USA: Springer; 1998. pp. 1-11. DOI: 10.1007/978-1-4615-5781-4_1
3. Bernabeu-Martínez MA, Ramos Merino M, Santos Gago JM, Álvarez Sabucedo LM, WandenBerghe C, Sanz-Valero J. Guidelines for safe handling of hazardous drugs: A systematic review. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197172. DOI: 10.1371/journal.pone.0197172.
4. DJ. Principles of data mining. *Drug Saf.* 2007;30(7):621-2. DOI: 10.2165/00002018-200730070-00010
18. Walker SJ. Big data: A revolution that will transform how we live, work, and think. *Int J Advert.* 2014;33(1):181-3.

DOI: 10.2501/IJA-33-1-181-183

Capítulo 617

LA ATENCIÓN VÍA TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

IVÁN GONZÁLEZ PIÑERO

BEATRIZ PEREZ PEREZ

CRISTINA PÉREZ PÉREZ

FRANCISCO AMARILLO GARCÍA

ELENA TORRALBA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad, la atención vía telefónica con los pacientes en los centros de salud ha revolucionado la forma en que se brindan los servicios médicos y la comunicación con los usuarios. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo sanitario se ha vuelto fundamental, ya que su habilidad para interactuar y asistir a los pacientes a través de llamadas telefónicas juega un rol esencial en la accesibilidad, organización y satisfacción de los usuarios. A pesar de que su labor pueda parecer centrada en tareas administrativas, su destreza en la atención vía telefónica tiene un impacto directo en la calidad de la atención y en la fluidez de los procesos en los centros de salud.

La atención vía telefónica engloba desde la respuesta a consultas y la programación de citas hasta la obtención de información relevante para los pacientes. El auxiliar administrativo se convierte en la voz y el primer punto de contacto con el centro de salud para muchos usuarios.

La capacidad del auxiliar administrativo para establecer una comunicación efectiva y empática con los pacientes es crucial para brindar una atención satisfactoria. Su habilidad para escuchar y responder a las necesidades y preguntas de los pacientes de manera clara y amigable contribuye directamente a una experiencia positiva.

La organización y gestión de citas médicas también forman parte fundamental de la atención vía telefónica. La habilidad del auxiliar administrativo para coordinar agendas y horarios de manera eficiente contribuye a una asignación adecuada de recursos y un flujo ordenado de pacientes.

La atención vía telefónica no solo implica brindar información, sino también generar un ambiente de confianza entre el paciente y el centro de salud. La disposición del auxiliar administrativo para asistir y orientar a los pacientes a través del teléfono contribuye a fortalecer esta relación.

2 Objetivos

- Exponer y evaluar los principales trabajos del auxiliar administrativo con el contacto vía virtual.
- Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con los auxiliares administrativos y el tratamiento vía online.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, en Google Académico y EBSCO. Se ha realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: ("online contact") AND ("health administrative" OR administrative OR "administrative assistant").

4 Resultados

La atención vía telefónica con los pacientes en los centros de salud se ha convertido en una herramienta fundamental para la comunicación eficiente y la prestación de servicios médicos. En este contexto, el rol del auxiliar administrativo sanitario adquiere una relevancia significativa, ya que su habilidad para brindar atención y asistencia a los pacientes a través del teléfono impacta directamente en la accesibilidad, la organización y la satisfacción de los usuarios. Aunque su labor pueda parecer enfocada en tareas administrativas, su capacidad para establecer una comunicación efectiva y empática con los pacientes contribuye de manera importante a la calidad de la atención y al funcionamiento fluido de los centros de salud.

La atención vía telefónica implica la respuesta a consultas, la programación de citas, la obtención de información y la orientación a los pacientes, entre otros aspectos. El auxiliar administrativo desempeña un rol esencial al ser la voz del centro de salud y la primera línea de contacto para muchos pacientes.

La capacidad del auxiliar administrativo para establecer una comunicación clara, amable y eficiente con los pacientes es esencial para brindar una atención satisfactoria. Su habilidad para escuchar las necesidades y preocupaciones de los pacientes y proporcionar respuestas adecuadas contribuye a una experiencia positiva.

La organización de citas y la gestión de la agenda médica también son responsabilidades clave del auxiliar administrativo en la atención vía telefónica. Su capacidad para coordinar horarios y programar citas de manera efectiva asegura la optimización de los recursos y el tiempo médico.

La atención vía telefónica es una oportunidad para generar una relación de confianza entre el paciente y el centro de salud. La empatía y la disposición del auxiliar administrativo para asistir a los pacientes contribuyen a fortalecer esta relación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención vía telefónica con los pacientes en los centros de salud se ha convertido en una herramienta esencial para la prestación de servicios médicos eficientes y accesibles. Desde la perspectiva del auxiliar administrativo sanitario, hemos explorado cómo esta labor va más allá de las tareas administrativas tradicionales y cómo su habilidad en la atención telefónica contribuye directamente a la calidad de la atención médica, la satisfacción de los pacientes y la organización de los procesos en los centros de salud.

La capacidad del auxiliar administrativo para establecer una comunicación efectiva y empática con los pacientes a través del teléfono es un factor crucial para brindar una atención satisfactoria. Su habilidad para escuchar, responder preguntas y ofrecer orientación contribuye a una experiencia positiva para los usuarios. La organización y coordinación de citas médicas también son responsabilidades clave del auxiliar administrativo en la atención vía telefónica. Su destreza en la administración de agendas asegura un flujo ordenado de pacientes y una utilización eficiente de los recursos médicos.

La atención vía telefónica no solo implica proporcionar información, sino también construir una relación de confianza entre el paciente y el centro de salud. La disposición y amabilidad del auxiliar administrativo al brindar asistencia telefónica contribuyen a fortalecer esta relación y a fomentar una imagen positiva del centro.

6 Bibliografía

1. Romero Guevara SL, Villamizar Carvajal B, Rueda Díaz LJ. Apoyo telefónico: Una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2011;43:191-201
2. Gallagher-Thompson D, Gray H, Tang P, Pu C, Leung L, Wang P, et al. Impact of in-home behavioural management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: Result of a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:425–34.
3. Mahoney DF, Tarlow BJ, Jones RN. Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: Findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist*. 2003;43:556–7.
4. Biada Canales P, Madico Cerezo MC, Pamias Munoz ~ M. Trasplante hepático. Indicaciones, contraindicaciones y resultados. En: Solis Munoz ~ M, editor. *Enfermería en trasplantes*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 363–72.
5. Padilla Just MN, Ros del Hoyo N, Raventós Castany À, Escribano Rueda V, Luengo Cascudo C, Fabrellas Padrés N, et al. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardíaca. *Metas Enferm*. 2011;14:22–6.
6. Salfi J, Ploeg J, Black ME. Seeking to understand telephone support for dementia caregivers. *West J Nurs Res*. 2005;27: 701–21

Capítulo 618

TIPOS DE SERVICIOS DE LAVANDERÍA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

MANUEL GALDÓN GARVÍ

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

En el contexto de las lavanderías hospitalarias, es fundamental ampliar la comprensión de la diversidad de enfoques y modelos de administración disponibles. Estas instalaciones desempeñan un papel esencial en la garantía de la higiene y la seguridad en los entornos de atención médica. A menudo, se pueden agrupar en tres categorías principales según su estructura y operación: lavanderías institucionales, lavanderías semicentralizadas y lavanderías centralizadas. Además de estas categorías, también existe un sector privado de lavanderías comerciales que ofrece sus servicios a una amplia variedad de clientes, incluyendo hospitales, hoteles y otras instituciones. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la clasificación en estas categorías puede variar según la región y las especificidades de cada instalación.

Lavanderías Institucionales: Este tipo de lavanderías opera principalmente dentro del propio hospital o centro de atención médica. Por lo general, manejan car-

gas de ropa relativamente pequeñas y están diseñadas para satisfacer las necesidades internas del hospital. Son ideales para instituciones más pequeñas o con volúmenes de ropa limitados.

Lavanderías Semicentralizadas: Estas lavanderías están ubicadas en un área cercana a un grupo de hospitales o centros médicos. Comparten recursos y ofrecen un nivel de centralización intermedio. Pueden atender a varios hospitales, lo que permite cierta economía de escala en la gestión de ropa, pero aún mantienen una relativa proximidad a las instalaciones que sirven.

Lavanderías Centralizadas: Son las más grandes y están diseñadas para servir a múltiples hospitales y centros médicos, a veces incluso en diferentes ubicaciones geográficas. Estas lavanderías se benefician de una gran economía de escala y suelen estar altamente automatizadas. La ropa de todos los hospitales se transporta a estas instalaciones para su procesamiento y posterior redistribución.

Además de esta clasificación basada en la estructura, es crucial tener en cuenta la capacidad de producción de estas lavanderías, que puede variar desde pequeñas operaciones locales hasta grandes empresas a nivel regional o nacional. La elección del modelo de lavandería y su capacidad depende de diversos factores, como el tamaño de los hospitales que atienden, los volúmenes de ropa que manejan y las consideraciones logísticas.

En última instancia, la elección del modelo y la capacidad de la lavandería hospitalaria deben equilibrar eficazmente la necesidad de mantener la higiene y la seguridad en el entorno médico con la eficiencia operativa y la gestión de costos. Esta ampliación del conocimiento sobre las distintas categorías y capacidades de lavanderías hospitalarias es fundamental para tomar decisiones informadas en la gestión de estas instalaciones en el ámbito de la atención médica.

2 Objetivos

Profundizar en la comprensión de las distintas categorías de lavanderías hospitalarias y su influencia en la gestión de la atención médica. .

3 Metodología

El análisis de las lavanderías hospitalarias se fundamenta en una sólida metodología que combina una revisión exhaustiva de la literatura existente con

la recopilación de datos de fuentes confiables como Pubmed o Google Scholar. A continuación, se describen los componentes clave de la metodología empleada:

- **Exploración de la Literatura:** Se ha realizado una minuciosa revisión de la literatura disponible, abarcando estudios previos, investigaciones académicas y documentos relacionados con la administración de las lavanderías hospitalarias.
- **Obtención de Datos de Fuentes Confiables:** Se han recopilado datos provenientes de fuentes confiables, como informes emitidos por hospitales, estadísticas de gestión sanitaria y organizaciones pertinentes en el campo.
- **Análisis de Estudios de Caso:** Se han consultado estudios de caso relacionados con lavanderías hospitalarias para adquirir información específica acerca de la eficiencia y calidad en diversos contextos.
- **Comparaciones y Conclusiones:** Se han empleado tanto datos cuantitativos como cualitativos para llevar a cabo comparaciones y extraer conclusiones en relación con las lavanderías institucionales, centralizadas y semicentralizadas.

4 Resultados

El ámbito de las lavanderías hospitalarias se erige como un elemento fundamental en la administración de la atención médica, desempeñando una función esencial en el aseguramiento de la limpieza y seguridad tanto de los pacientes como del personal médico. Para obtener una comprensión completa de la variedad y relevancia de este sector, resulta imperativo profundizar en las diversas categorías de lavanderías hospitalarias y su capacidad para adecuarse a las demandas de hospitales y centros de atención médica.

Lavandería Institucional

La lavandería institucional, en su esencia, se distingue por satisfacer únicamente las necesidades de un solo centro de salud, y su administración recae por completo en la propia institución médica. Estas lavanderías suelen operar con un enfoque más tradicional en la gestión de la ropa sucia, lo que puede poner en riesgo tanto la eficacia como la excelencia del proceso debido a diversos factores:

- **Falta de Reconocimiento:** En numerosos hospitales, la lavandería no se considera una faceta crucial de la atención médica y, por ende, no recibe la debida atención y recursos. Esto puede llevar a una carencia de personal especializado en tecnología, lo cual impacta la implementación de prácticas eficaces y la garantía de calidad.
- **Instalaciones Inadecuadas:** A menudo, las lavanderías institucionales se ubican en espacios insuficientes en cuanto a iluminación y ventilación, lo que no cumple

con los estándares higiénicos necesarios para el procesamiento de la ropa hospitalaria.

- **Exceso de Personal:** La falta de eficiencia en la gestión puede llevar a un exceso de personal sin especialización, lo que infla los costos operativos.
- **Equipamiento Desfasado:** En muchas ocasiones, se utilizan máquinas y equipos antiguos y poco productivos, lo que reduce aún más la eficacia y calidad del proceso.

En lo que respecta a los costos, las lavanderías institucionales pueden resultar costosas, y en algunas ocasiones, los costos reales pueden ser subestimados, ya que algunos gastos se consideran parte de la infraestructura general del hospital y no se asignan directamente a la lavandería. Además, la falta de un control sistemático de calidad y la aplicación de procedimientos químicos agresivos pueden afectar tanto la durabilidad de la ropa hospitalaria como la eficiencia global de la lavandería.

Lavandería Centralizada

En contrapartida, las lavanderías hospitalarias centralizadas se erigen como instalaciones industriales de gran envergadura, con la capacidad de procesar la ropa sucia proveniente de múltiples hospitales. Estas lavanderías deben proporcionar una gama completa de servicios para el tratamiento de la ropa, que abarca desde el transporte y lavado hasta el planchado, la reparación y el embalaje.

Las características fundamentales de las lavanderías centralizadas engloban:

Capacidad Productiva Significativa: Deben contar con una capacidad de producción sustancial, generalmente superior a 1,000 kilogramos por hora, y ofrecer un conjunto completo de servicios de tratamiento.

Personal Especializado en Tecnología: Dado su enfoque industrial, es imperativo que las lavanderías centralizadas dispongan de un equipo de técnicos altamente calificados y sistemas de control de calidad que permitan la implementación de métodos eficaces y la optimización de procesos.

Infraestructura Específica: Las instalaciones deben cumplir con rigurosidad los estándares apropiados en términos de ventilación, iluminación y servicios para garantizar la higiene y calidad del servicio.

Eficiencia en Costos: A pesar de las inversiones iniciales que pueden ser considerables, las lavanderías centralizadas poseen un significativo potencial para reducir los costos en comparación con las lavanderías institucionales debido a su eficiencia y economía de escala.

Agilidad en la Producción: La organización y programación de la producción deben ser precisas y efectivas para compensar la desventaja inicial de ser menos ágiles en la respuesta a las demandas inmediatas de hospitales individuales.

Las ventajas de las lavanderías centralizadas engloban una calidad superior y una mayor garantía en cuanto a aspectos sanitarios, un control más sólido de los procedimientos, una mayor consistencia en la calidad del producto final y costos operativos inferiores. Sin embargo, pueden presentar desventajas, como una menor capacidad de respuesta a demandas puntuales y la necesidad de que los hospitales provean una cantidad inicial de ropa.

Lavandería Semicentralizada

Las lavanderías semicentralizadas representan una solución intermedia entre las institucionales y las centralizadas, ya que brindan servicios a múltiples centros hospitalarios, pero su administración se encuentra bajo la responsabilidad de los propios hospitales a los que están vinculadas. Estas lavanderías combinan elementos de ambas categorías, lo que les permite aprovechar economías de escala y garantizar una mayor calidad en el proceso.

Algunos de los beneficios de las lavanderías semicentralizadas abarcan:

- **Economía de Escala en la Producción:** Tienen la capacidad de beneficiarse de economías de escala similares a las que disfrutaban las lavanderías centralizadas.
- **Mayor Control de Calidad:** Al gestionar varios hospitales, tienen la capacidad de establecer estándares de calidad y un control más sólido sobre los procesos.
- **Compartir Necesidades Energéticas:** Tienen la posibilidad de compartir servicios energéticos y de infraestructura con los hospitales a los que prestan servicio.
- **Gestión Conjunta:** Comparten una gestión conjunta con los hospitales afiliados, lo que facilita una mayor coordinación.
- **Garantía en la Prestación del Servicio:** En muchas ocasiones, ofrecen garantías en la prestación de sus servicios.

Las lavanderías hospitalarias desempeñan un papel esencial en el ámbito de la atención médica y pueden variar en términos de tamaño y eficacia según el modelo de gestión que sigan. La elección del modelo más adecuado debe basarse en las necesidades específicas de cada centro hospitalario, considerando aspectos como el volumen de producción, los recursos disponibles y el nivel de calidad requerido. Sin importar cuál sea el modelo seleccionado, es de suma importancia asegurar la eficiencia, la higiene y la calidad en el proceso de lavandería para respaldar la prestación de atención médica de alta calidad.

Los resultados de este estudio subrayan las diferencias significativas que existen entre las diversas categorías de lavanderías hospitalarias. Algunos de los hallazgos más destacados son los siguientes:

- **Eficiencia y Calidad:** Se ha comprobado que las lavanderías centralizadas tienden a ser más eficientes y a ofrecer una mayor calidad en el proceso de lavado y planchado en comparación con las institucionales. Esto se debe a su enfoque

industrial, la presencia de personal especializado y la utilización de maquinaria moderna.

- Capacidad de Respuesta: A pesar de que las lavanderías institucionales pueden ser menos eficientes, a menudo son más ágiles para atender las necesidades inmediatas de los hospitales debido a su proximidad física y su estructura más flexible.
- Compromiso en las Lavanderías Semicentralizadas: Las lavanderías semicentralizadas representan una opción valiosa al combinar elementos de eficiencia y capacidad de respuesta. Pueden aprovechar economías de escala y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades específicas de múltiples hospitales.

5 Discusión-Conclusión

La elección del modelo de lavandería hospitalaria apropiado es crucial para asegurar la eficacia y excelencia en la administración de la atención médica. Las conclusiones y debates se basan en los resultados obtenidos y en la evaluación de los objetivos del estudio:

Consideración de Factores Clave: Se hace hincapié en la importancia de tener en cuenta elementos como la dotación de personal, la gestión de costos y la calidad del servicio al seleccionar el modelo de lavandería más idóneo para cada entorno hospitalario.

Prestación de Atención de Alta Calidad: Se resalta que la máxima prioridad de cualquier hospital es ofrecer atención médica de primera calidad a los pacientes, y la elección del modelo de lavandería debe estar en consonancia con este objetivo fundamental.

Este documento proporciona información valiosa para guiar la toma de decisiones en la gestión de lavanderías hospitalarias, resaltando la diversidad de enfoques y modelos disponibles y cómo afectan a la atención médica.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional. Instituto Nacional de la Salud
2. <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico>

Capítulo 619

MOBBING EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN HOSPITAL

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

1 Introducción

El mobbing, que se refiere al acoso laboral persistente y repetitivo, se ha convertido en un problema cada vez más preocupante en el entorno de los servicios hospitalarios, específicamente en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria. Este comportamiento destructivo puede tener consecuencias altamente perjudiciales tanto para la salud física como para la salud mental de los trabajadores, además de influir negativamente en la calidad de los servicios que un hospital proporciona. Este documento tiene como objetivo principal analizar en profundidad la problemática del mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria, abordando sus causas subyacentes, los efectos que genera y explorando posibles estrategias para su prevención y resolución.

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo en la incidencia del mobbing dentro del ámbito hospitalario, lo que ha generado una creciente alarma debido a sus efectos devastadores. El Servicio de Plancha Hospitalaria,

donde los trabajadores se encargan de tareas esenciales como la preparación y el cuidado de la ropa utilizada en el entorno hospitalario, no ha estado exento de esta problemática. Esta situación no solo impacta en la salud física y emocional de los empleados, sino que también tiene implicaciones directas en la calidad de los servicios de atención médica brindados a los pacientes.

El acoso laboral puede manifestarse de diversas formas en el Servicio de Plancha Hospitalaria, desde la asignación injusta de tareas y la falta de reconocimiento hasta la creación de un ambiente laboral hostil y la marginación de los trabajadores. Estos actos repetitivos y perjudiciales pueden deteriorar la moral y el bienestar de los empleados, lo que a su vez influye en su desempeño y en la calidad de la atención al paciente.

Es fundamental comprender las raíces de este problema, los factores que lo alimentan y, lo que es más importante, encontrar soluciones efectivas para abordar el mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria. Para ello, se requiere una evaluación exhaustiva de las causas y los efectos, así como la implementación de políticas y medidas que promuevan un ambiente laboral seguro, respetuoso y libre de acoso. Al considerar y abordar este problema de manera integral, no solo se protege la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también se contribuye a mejorar la calidad general de la atención médica en un hospital.

2 Objetivos

Comprender y definir el mobbing en el contexto del Servicio de Plancha Hospitalaria.

- Identificar las causas y factores que contribuyen al mobbing en este servicio.
- Analizar los efectos del mobbing en la salud y el bienestar de los trabajadores de la plancha hospitalaria.
- Explorar estrategias y medidas para prevenir y abordar el mobbing en este entorno laboral.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio sobre el acoso laboral, más conocido como mobbing, en el contexto del Servicio de Plancha Hospitalaria, se empleó una metodología sólida que incluyó una revisión exhaustiva de la literatura disponible. La metodología se basó en el análisis y la síntesis de información proveniente de fuentes confiables y especializadas en el tema. A continuación, se detallan los pasos específicos seguidos en la metodología de esta investigación:

1. Recopilación de Fuentes de Información:

El primer paso consistió en la identificación y selección de fuentes de información pertinentes y confiables relacionadas con el acoso laboral, específicamente en el ámbito hospitalario y el Servicio de Plancha. Se priorizó la inclusión de recursos académicos y científicos que aportaran un enfoque sólido y riguroso al estudio.

2. Evaluación de Fuentes:

Cada una de las fuentes seleccionadas se sometió a una evaluación crítica para determinar su relevancia, calidad y credibilidad. Se verificó que fueran publicaciones actualizadas y provenientes de fuentes reconocidas en el campo de la salud laboral y el mobbing.

3. Extracción de Información:

Una vez seleccionadas las fuentes, se procedió a la extracción de información relevante relacionada con el acoso laboral en el Servicio de Plancha Hospitalaria.

4. Ampliación de Contenido:

Además de la extracción de la información, se realizó una ampliación de los conceptos clave y datos relevantes extraídos de las fuentes. Esto implicó la expansión de ideas, la incorporación de ejemplos ilustrativos y la profundización en los temas tratados para brindar una visión más completa y enriquecedora del mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria.

5. Análisis y Síntesis de la Información:

La información obtenida de las fuentes fue analizada y sintetizada para identificar patrones, tendencias y aspectos críticos relacionados con el mobbing en el ámbito hospitalario. Se agruparon los hallazgos de manera lógica y coherente para respaldar los objetivos de la investigación.

6. Estructuración del Documento:

Con la información analizada y sintetizada, se procedió a la estructuración del documento de acuerdo con los objetivos previamente establecidos. Esto incluyó la organización de los contenidos en secciones, como la introducción, los objetivos, la metodología, los resultados y la discusión-conclusión.

7. Citación de Fuentes:

Para garantizar la integridad académica y ética de la investigación, se realizaron las debidas citas y referencias a las fuentes utilizadas en el estudio, siguiendo las normativas de estilo y citación correspondientes.

Esta metodología rigurosa y sistemática permitió abordar de manera integral el tema del mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria, asegurando la confiabilidad y la robustez de los contenidos presentados en este documento.

4 Resultados

El fenómeno del mobbing o acoso laboral, cuando se contextualiza en el Servicio de Plancha Hospitalaria, revela una serie de resultados significativos que merecen una atención detallada debido a su impacto en la salud de los trabajadores y en la calidad de los servicios hospitalarios.

Factores Contribuyentes

Los factores que contribuyen al mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria son diversos y multifacéticos. Uno de los elementos más destacados es la alta carga de trabajo que enfrentan los empleados en este entorno. La demanda constante de procesar grandes volúmenes de ropa hospitalaria puede generar tensiones y conflictos en el personal. Además, la falta de reconocimiento por parte de los superiores y la percepción de una competencia intensa entre colegas pueden agravar aún más la situación.

Es importante señalar que la falta de apoyo institucional para abordar el acoso laboral es otro factor crítico. Los trabajadores pueden sentirse desprotegidos y desamparados cuando enfrentan situaciones de mobbing, lo que puede llevar al deterioro de su salud emocional y psicológica. El entorno emocionalmente cargado de un hospital, con la presión constante y las altas expectativas, puede amplificar estos factores contribuyentes, creando un terreno fértil para el acoso laboral.

Efectos del Mobbing en los Trabajadores

Los efectos del mobbing en los trabajadores del Servicio de Plancha Hospitalaria pueden ser devastadores tanto para su salud física como mental. El acoso laboral puede desencadenar una serie de problemas de salud, incluyendo estrés, ansiedad, depresión, insomnio y otros trastornos relacionados con la salud mental. La persistencia de estas condiciones puede afectar significativamente el bienestar general de los empleados y su calidad de vida.

Además de las consecuencias en la salud, el mobbing puede tener un impacto directo en el rendimiento laboral de los trabajadores. La víctima de acoso puede volverse menos productiva, cometer errores con mayor frecuencia y sentir una disminución en su motivación para trabajar. Esto puede tener repercusiones negativas en la eficiencia y eficacia del Servicio de Plancha Hospitalaria, afectando potencialmente la calidad de los servicios prestados.

En casos extremos, el mobbing puede llevar a que el empleado renuncie a su puesto de trabajo o sea despedido, lo que agrava aún más las consecuencias económicas y profesionales para el individuo afectado.

Prevención y Abordaje

Para prevenir y abordar el mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria, se

requieren estrategias y medidas concretas. Estas incluyen la creación de un entorno laboral saludable que promueva una cultura de respeto y apoyo entre los colegas y supervisores. La implementación de políticas y procedimientos sólidos para denunciar el acoso es fundamental. Los trabajadores deben sentirse seguros al informar sobre situaciones de mobbing y confiar en que se tomarán medidas adecuadas para abordarlas.

La capacitación del personal en la identificación y prevención del mobbing es esencial. Los empleados deben estar equipados con el conocimiento necesario para reconocer los signos de acoso laboral y saber cómo actuar en consecuencia. Los líderes y supervisores desempeñan un papel crucial en la detección y mitigación del mobbing al proporcionar un liderazgo ejemplar y al intervenir de manera proactiva en situaciones problemáticas.

En resumen, abordar el mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria requiere un enfoque integral que involucre a todos los niveles de la organización. Solo mediante la promoción de un ambiente laboral saludable y el compromiso con la prevención y el abordaje del acoso laboral se puede proteger la salud y el bienestar de los trabajadores y garantizar la excelencia en los servicios hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

El fenómeno del mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria representa una cuestión sumamente seria que tiene un impacto directo en la salud y el bienestar de los empleados, así como en la calidad de los servicios que se brindan en el ámbito hospitalario. Es de suma importancia reconocer y profundizar en las causas fundamentales de este problema, y tomar medidas proactivas para prevenirlo y abordarlo de manera efectiva. Esto exige una mayor conciencia, la implementación de programas de capacitación y la adopción de políticas sólidas que promuevan un ambiente laboral seguro, respetuoso y saludable.

El mobbing, o acoso laboral, en el Servicio de Plancha Hospitalaria no debe ser subestimado ni pasado por alto, ya que sus consecuencias pueden ser devastadoras tanto para los trabajadores como para la institución hospitalaria en su conjunto. El reconocimiento de las causas subyacentes de este problema es un primer paso fundamental para abordarlo de manera efectiva.

Estas causas pueden incluir una serie de factores, como una alta carga de trabajo, la falta de reconocimiento por parte de los superiores, la competencia entre colegas y la ausencia de un sistema de apoyo institucional sólido para enfrentar el acoso laboral.

Para combatir el mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria, se requiere

un enfoque integral que involucre a todos los actores relevantes. Esto implica no solo la sensibilización sobre el tema, sino también la capacitación del personal en la identificación y prevención del acoso laboral. Además, es esencial establecer políticas y procedimientos efectivos que permitan a los trabajadores denunciar situaciones de mobbing de manera segura y confiable.

La erradicación del mobbing en el Servicio de Plancha Hospitalaria es un objetivo que no solo beneficia a los trabajadores directamente afectados, sino que también tiene un impacto positivo en la atención al paciente y en la eficiencia general del hospital. Un entorno laboral saludable y libre de acoso fomenta la satisfacción y el compromiso de los empleados, lo que se traduce en una mejor atención y cuidado de los pacientes. En última instancia, abordar el mobbing es fundamental para garantizar un ambiente hospitalario donde el respeto y el bienestar sean prioridades, beneficiando tanto a los trabajadores como a quienes buscan atención médica.

6 Bibliografía

1-https://es.wikipedia.org/wiki/Acoso_laboral

2-<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acoso-laboral-aproximacion-al-mobbing-13066276>

3-<https://www.laboralix.com/acoso-laboral/>

Capítulo 620

COLABORACIÓN EN EQUIPO EN LOS PROCESOS DE PLANCHADO EN EL ENTORNO DE CENTROS MÉDICOS

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria representa un componente esencial en la operación de cualquier institución médica, desempeñando un papel crítico en la gestión de la higiene y la presentación adecuada de elementos fundamentales, como la ropa de cama, los uniformes médicos y otros textiles empleados en el ámbito hospitalario. Este servicio no solo contribuye a la comodidad y seguridad de los pacientes, sino que también tiene un impacto directo en la eficacia general de la atención médica. En este contexto, la colaboración en equipo emerge como un pilar esencial para garantizar la eficacia y la excelencia en los procesos de planchado dentro del ámbito hospitalario.

La colaboración en equipo se traduce en la coordinación y cooperación armónica entre los integrantes del Servicio de Plancha, donde cada miembro aporta

sus habilidades y esfuerzos individuales en pos de objetivos compartidos. No obstante, lograr una colaboración efectiva en este contexto específico puede plantear desafíos únicos, dado que las tareas que se llevan a cabo son de vital importancia y requieren mantener estándares elevados en lo que respecta a la higiene y la calidad.

El propósito central de este documento radica en la exploración y el análisis de la importancia que adquiere la colaboración en equipo en los procesos de planchado en entornos de centros médicos. En este contexto, se abordarán los objetivos que orientan esta investigación, se detallará la metodología empleada para llevar a cabo el estudio, se expondrán los resultados obtenidos y se ofrecerá una discusión concluyente en torno a cómo impulsar y fomentar una colaboración efectiva con miras a mejorar tanto la eficiencia como la calidad en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria.

2 Objetivos

- Profundizar en la apreciación de la relevancia de la colaboración en equipo en el contexto de los procesos de planchado en entornos de centros médicos.
- Identificar y examinar en detalle los factores que ejercen influencia en la colaboración en equipo específicamente dentro del Servicio de Plancha Hospitalaria.
- Realizar una evaluación minuciosa de los beneficios derivados de la colaboración en equipo cuando se aplica adecuadamente en los procesos de planchado de centros médicos.
- Proponer estrategias concretas y ofrecer recomendaciones sólidas para promover y fortalecer la colaboración en equipo en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio de manera rigurosa y fundamentada, se ha empleado una metodología que se basa en una revisión exhaustiva de la literatura académica y científica. Se han consultado fuentes confiables y autorizadas que ofrecen un conocimiento sólido sobre la colaboración en equipo, la psicología del trabajo y la psicología de los grupos en el contexto organizacional.

Los recursos bibliográficos utilizados como pilares fundamentales para este estudio incluyen:

- "Psicología del Trabajo: Conceptos clave y temas emergentes" por C. M. Alcover De La Hera, J. A. Moriano León y G. Topa Cantisano (2016): Este recurso propor-

ciona una base sólida en la comprensión de la psicología del trabajo, explorando conceptos clave que son esenciales para abordar la colaboración en equipo y su relevancia en el entorno laboral.

- "Nuevas perspectivas en Psicología de las Organizaciones" por A. Osca Segovia, F.J. Palací Descals y A. Lisbona Bañuelos (2016): Este recurso enriquece el análisis al aportar perspectivas innovadoras en la psicología de las organizaciones, lo que contribuye a una comprensión más completa de cómo se aplican los principios de colaboración en equipo en el ámbito de los centros médicos.
- "Psicología de los grupos" por C. Huici, F. Molero y Á. Gómez (2011): Este recurso se enfoca en la psicología de los grupos, que es esencial para comprender cómo funcionan las dinámicas de colaboración en equipos multidisciplinares, como el Servicio de Plancha Hospitalaria.

La información recopilada de estas fuentes altamente respetadas ha sido utilizada como base para analizar y comprender los conceptos clave relacionados con la colaboración en equipo y su aplicación en el contexto específico del Servicio de Plancha Hospitalaria. Estos recursos han contribuido a establecer una sólida fundamentación teórica que guía la exploración de la colaboración en equipo en este entorno crítico.

4 Resultados

La fase de resultados de este estudio proporciona una visión profunda y perspicaz de los elementos clave relacionados con la colaboración en equipo en el entorno del Servicio de Plancha Hospitalaria. Estos resultados se desglosarán en tres aspectos fundamentales:

Factores Influyentes en la Colaboración en Equipo: Se identificaron diversos factores que ejercen influencia en la colaboración en equipo en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria. Estos factores incluyen, entre otros, la comunicación efectiva, la claridad en los roles y responsabilidades, la confianza mutua entre los miembros del equipo y la presencia de liderazgo colaborativo. Además, se exploraron factores contextuales específicos relacionados con el entorno hospitalario, como las demandas de tiempo y la presión por mantener altos estándares de higiene y calidad en el planchado de textiles médicos.

Beneficios de una Colaboración Efectiva: Se resaltaron los beneficios sustanciales que se derivan de una colaboración en equipo efectiva en el Servicio de Plancha Hospitalaria. Estos beneficios abarcan la mejora en la eficiencia de los procesos de planchado, la optimización de la gestión de recursos y la promoción de un entorno laboral más satisfactorio. Además, una colaboración eficaz puede llevar

a la reducción de errores y la mejora en la calidad de los textiles hospitalarios, lo que a su vez contribuye a la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Estrategias Recomendadas para Fortalecer la Colaboración en Equipo: Con base en los resultados obtenidos, se proponen estrategias y recomendaciones específicas para fortalecer la colaboración en equipo en el Servicio de Plancha Hospitalaria. Estas estrategias incluyen la implementación de programas de formación y desarrollo del personal, la promoción de una comunicación abierta y efectiva, el establecimiento de roles y responsabilidades claros, así como la creación de un entorno de trabajo que fomente la confianza y la cohesión entre los miembros del equipo. Asimismo, se sugiere el monitoreo continuo y la retroalimentación para evaluar y mejorar constantemente la colaboración en equipo en este contexto. Estos resultados proporcionan una base sólida para comprender la dinámica de la colaboración en equipo en el Servicio de Plancha Hospitalaria y ofrecen valiosas pautas para avanzar hacia una colaboración más efectiva y beneficiosa tanto para los trabajadores como para la calidad de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La supervisión mutua del desempeño juega un rol primordial en el fomento de la colaboración en el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalaria. Este enfoque implica que los trabajadores adquieran un entendimiento completo tanto de sus propias responsabilidades como de las funciones desempeñadas por sus compañeros de equipo. Esta comprensión mutua resulta esencial para lograr una coordinación efectiva y asegurar que todos los integrantes del equipo compartan objetivos comunes.

Para que esta supervisión mutua sea efectiva, resulta imperativo establecer un proceso de retroalimentación constructiva y en tiempo real. Esto implica que los miembros del equipo brinden comentarios positivos y útiles entre sí, lo que permite corregir de manera oportuna cualquier aspecto que requiera mejoras. Esta comunicación abierta y constante contribuye de manera significativa al fortalecimiento de la colaboración y a la preservación de estándares de rendimiento elevados en el Servicio de Plancha Hospitalaria.

En última instancia, se puede concluir que las acciones y respuestas de cada trabajador en el Servicio de Plancha deben estar centradas en el trabajo en equipo. Esto significa que cada miembro del equipo debe estar dispuesto a aportar sus recursos personales para equilibrar la carga de trabajo entre sus colegas y ofrecer apoyo cuando sea necesario. La retroalimentación continua y positiva desempeña un papel fundamental en el fomento de un ambiente de colaboración, garantizando

que todos los trabajadores estén alineados en sus esfuerzos para mantener la eficiencia y calidad en el Servicio de Plancha Hospitalaria.

En resumen, la supervisión mutua del desempeño y el enfoque en el trabajo en equipo son aspectos esenciales para mejorar la colaboración en el Servicio de Plancha Hospitalaria. Estos enfoques, respaldados por los resultados de este estudio, pueden aportar de manera significativa a la eficiencia y calidad de los procesos en este ambiente crucial de atención médica.

6 Bibliografía

- 1-Alcover De La Hera, C. M., Moriano León, J. A., & Topa Cantisano, G. (2016). Psicología del Trabajo: Conceptos clave y temas emergentes. Sanz y Torres S.L.
- 2-Osca Segovia, A., Palací Descals, F. J., & Lisbona Bañuelos, A. (2016). Nuevas perspectivas en Psicología de las Organizaciones. Sanz y Torres S.L.
- 3-Huici, C., Molero, F., & Gómez, Á. (2011). Psicología de los grupos. (1a). Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Capítulo 621

INTERACCIÓN DEL PERSONAL NO MÉDICO CON LOS PACIENTES: EL PERSONAL ENCARGADO DE LA PLANCHA

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

1 Introducción

En el contexto hospitalario, la atención suele centrarse predominantemente en la atención médica proporcionada por el personal sanitario. Sin embargo, existe un componente igualmente crítico pero a veces menospreciado en el funcionamiento de un centro de salud: el servicio de plancha hospitalaria. Este servicio desempeña un papel esencial al garantizar que la ropa de cama, los uniformes médicos y otros textiles utilizados en el hospital estén en óptimas condiciones, limpios y cómodos tanto para los pacientes como para el personal. Es importante destacar que el personal que trabaja en el servicio de plancha a menudo tiene una interacción directa o indirecta con los pacientes, y esta interacción puede tener un impacto considerable en la experiencia hospitalaria.

En este documento, nos enfocaremos en explorar la interacción del personal no médico, específicamente el personal encargado del servicio de plancha, con los pacientes en el entorno hospitalario. La comunicación en el ámbito hospitalario desempeña un papel fundamental para brindar una atención de calidad y completa a los pacientes. Vale la pena señalar que esta comunicación no se limita únicamente al personal médico y de enfermería, sino que también involucra a otros profesionales no médicos, como el personal encargado de la plancha hospitalaria. Ya sea en forma verbal o no verbal, la comunicación efectiva juega un papel esencial en la relación entre el personal no médico y los pacientes, y puede influir significativamente en la experiencia de los pacientes durante su estancia en el hospital.

2 Objetivos

Comprender la dinámica de la interacción del personal no médico, con un enfoque particular en el equipo de plancha hospitalaria, en su relación con los pacientes dentro de un hospital.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio de manera integral, se empleará una metodología mixta que integra la revisión exhaustiva de la literatura con investigaciones de campo. La revisión de la literatura se centrará en analizar investigaciones previas relacionadas con la interacción del personal no médico con los pacientes en entornos hospitalarios, así como la importancia de la calidad del servicio de plancha en esta dinámica. Esta revisión se basará en la consulta de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros especializados que aborden la temática de la comunicación entre el personal no médico y los pacientes en el entorno hospitalario, y se llevará a cabo en bases de datos científicas de renombre, como PubMed y Medline, considerando documentos en los idiomas castellano e inglés.

Además, para complementar esta revisión de la literatura, se realizarán entrevistas y encuestas a pacientes y miembros del personal de servicio de plancha en hospitales cuidadosamente seleccionados. El objetivo de esta investigación de campo es obtener información de primera mano sobre las experiencias y percepciones de ambas partes en cuanto a la interacción entre el personal no médico y los pacientes en el entorno hospitalario. Este enfoque de investigación integral permitirá abordar de manera completa el tema y obtener una visión diversa y enriquecedora de esta dinámica crucial en el entorno hospitalario.

4 Resultados

La interacción entre el personal no médico, en particular el equipo de plancha, y los pacientes en entornos hospitalarios es un aspecto crucial que merece una atención más profunda. Este estudio se enfoca en explorar cómo esta interacción impacta directamente en la experiencia de los pacientes y cómo puede mejorarse para garantizar una atención médica integral y de alta calidad.

La comunicación efectiva es una de las claves para el éxito en la atención al paciente, y esto se extiende más allá del personal médico. La empatía, la escucha activa y la comprensión de las necesidades de los pacientes son componentes esenciales de esta comunicación. El personal no médico, como el equipo de plancha, desempeña un papel vital en la creación de un ambiente hospitalario que haga sentir a los pacientes bienvenidos y seguros.

La relación entre los pacientes y el personal, ya sea médico o no médico, no siempre surge de forma natural. A menudo, comienza con la necesidad del paciente de controlar su salud y su bienestar en un entorno desconocido. La actitud y las habilidades de comunicación del personal de plancha pueden tener un impacto significativo en la experiencia emocional del paciente mientras se encuentra en el hospital.

Es esencial que el personal de plancha encuentre un equilibrio adecuado entre brindar apoyo emocional y evitar asumir roles que no les corresponden desde el punto de vista médico. La confianza que los pacientes depositan en el personal no médico, como el equipo de plancha, se desarrolla con el tiempo que pasan juntos. Esto subraya aún más la importancia de mantener una comunicación positiva y mostrar empatía hacia las preocupaciones y necesidades de los pacientes.

Además, este estudio puede ayudar a identificar áreas específicas donde se pueden implementar programas de capacitación para mejorar las habilidades de comunicación del personal de plancha. Estos programas pueden incluir estrategias para abordar de manera más efectiva las inquietudes de los pacientes, brindar apoyo emocional y mantener una actitud profesional en todo momento.

En última instancia, el objetivo es destacar la trascendencia de la calidad en el servicio de plancha dentro del contexto más amplio de la atención al paciente en un entorno hospitalario. La interacción positiva entre el personal no médico y los pacientes no solo mejora la experiencia de estos últimos, sino que también contribuye a un ambiente hospitalario más acogedor y seguro en el que la comu-

nicación efectiva y la empatía son pilares fundamentales.

5 Discusión-Conclusión

La interacción del personal no médico, específicamente el equipo de plancha en un entorno hospitalario, desempeña un rol esencial en la percepción general de la atención médica por parte de los pacientes. Los resultados de esta investigación resaltarán la imperiosa necesidad de ofrecer capacitación adecuada y concienciar sobre la trascendencia de mantener una interacción positiva con los pacientes en el personal de plancha. Asimismo, enfatizarán la importancia de considerar todos los componentes de la atención al paciente, incluso aquellos que no son médicos, con el fin de establecer un entorno hospitalario de calidad y centrado en el bienestar del paciente.

La comunicación efectiva y cercana entre el personal no médico, como el personal de plancha, y los pacientes dentro del entorno hospitalario conlleva notables beneficios. Sin embargo, es crucial reconocer que cada paciente es único y puede responder de manera diversa a la interacción. En ciertas ocasiones, algunos pacientes podrían mostrar reticencia a entablar una relación cercana debido a factores como su personalidad, estado de ánimo o situación personal. En tales casos, es esencial respetar la elección del paciente y no insistir en la proximidad, manteniendo siempre un enfoque sensible y comprensivo.

La formación profesional y las características personales del personal de plancha desempeñan un papel fundamental en su capacidad para establecer relaciones efectivas con los pacientes. Competencias esenciales como la empatía, la escucha activa y las habilidades de comunicación deben ser adquiridas y cultivadas. Además, es necesario equilibrar estas habilidades con una formación sólida y un entendimiento profundo de las necesidades específicas de los pacientes. En resumen, la interacción del personal no médico, incluido el equipo de plancha, con los pacientes en el entorno hospitalario, ejerce un impacto de gran relevancia en la vivencia global del paciente. Una comunicación eficaz y cercana contribuye de manera significativa al bienestar y la satisfacción de los pacientes, subrayando así la importancia de valorar y fomentar estas habilidades en el personal no médico que presta servicio en hospitales.

6 Bibliografía

1-Arca, M. G. (2014). Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. *Enfermería clínica*, 24(5), 296-301.

- 2-Reverte, M. A. L. (2014). Atención al duelo en cuidados paliativos: guía clínica y protocolo de actuación. Síosí Punto Gráfico.
- 3-Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz.
- 4-Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Paidós

Capítulo 622

LOS PELIGROS BIOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria cumple una función fundamental en el óptimo funcionamiento de cualquier centro médico al ser el encargado de mantener en condiciones de higiene y limpieza adecuadas la ropa de cama, uniformes médicos y otros textiles utilizados en entornos hospitalarios. No obstante, este entorno laboral no está exento de riesgos, y uno de los más relevantes y críticos son los peligros biológicos. Estos riesgos están directamente relacionados con la exposición a agentes infecciosos y pueden tener consecuencias devastadoras tanto para la salud de los trabajadores como para la seguridad de los pacientes.

El objetivo principal de este documento es realizar un análisis exhaustivo de los peligros biológicos presentes en el Servicio de Plancha de un centro hospitalario. A lo largo de esta revisión, se abordarán en detalle las fuentes y causas de estos

riesgos, se proporcionará una descripción minuciosa de las medidas de protección que se encuentran actualmente en vigor y se presentarán estrategias efectivas para prevenir y abordar adecuadamente estos riesgos.

En el ámbito laboral de una lavandería hospitalaria, todos los miembros del personal se encuentran expuestos a riesgos que pueden derivar en daños a la salud. Estos riesgos comprenden la exposición a microorganismos, secreciones, restos biológicos, sangre, fluidos corporales y objetos afilados o punzantes, como agujas y bisturís.

Los riesgos biológicos que se manifiestan en este contexto se originan principalmente a partir de contaminantes biológicos, que son microorganismos con la capacidad de ocasionar enfermedades infecciosas o parasitarias. Estos seres vivos pueden multiplicarse y su desarrollo se ve influenciado por factores como la temperatura y la humedad, condiciones que son prominentes en las lavanderías hospitalarias. El propósito fundamental de estas instalaciones es transformar la ropa utilizada en centros hospitalarios, que se encuentra contaminada y sucia, en ropa limpia que pueda volver a utilizarse sin suponer un riesgo para la salud.

Los microorganismos pueden ingresar al cuerpo de los trabajadores de diversas maneras:

- Digestiva: a través de la ingesta de alimentos, bebidas o el consumo de tabaco en áreas de trabajo expuestas a patógenos.
- Respiratoria: al estar cerca de una persona que tose o estornuda, lo que facilita la inhalación de patógenos presentes en el aire.
- Parenteral: mediante cortes o pinchazos con objetos contaminados, como bisturís y agujas.
- Ocular: cuando los patógenos ingresan al cuerpo a través de los ojos.
- Dérmica: cuando los patógenos penetran a través de la piel, especialmente si esta presenta heridas o grietas.

Los agentes biológicos pueden clasificarse según su especie y su peligrosidad:

En cuanto a su especie:

- Bacterias: microorganismos unicelulares que pueden dar origen a enfermedades como el tétano o la brucelosis.
- Virus: patógenos no celulares que dependen de otras células para reproducirse; ejemplos de enfermedades incluyen la rabia y el VIH/SIDA.
- Hongos: organismos complejos con estructura vegetal, relacionados con enfermedades como el asma o las infecciones por hongos.
- Parásitos: microorganismos unicelulares que habitan en el interior de otros seres vivos y pueden causar enfermedades como la malaria o la esquistosomiasis.

Desde el punto de vista de su peligrosidad, se pueden agrupar en función de la fuerza de infectividad, la facilidad de propagación y la disponibilidad de tratamientos o vacunas:

- Grupo 1: Existe una probabilidad baja de que estos agentes ocasionen enfermedades en seres humanos.
 - Grupo 2: Aunque pueden representar un riesgo, la existencia de tratamientos limita su propagación.
 - Grupo 3: Son capaces de causar enfermedades graves, con un peligro significativo de propagación, pero existen tratamientos efectivos.
 - Grupo 4: Pueden ocasionar enfermedades graves, tienen una alta probabilidad de propagación y no existen tratamientos efectivos disponibles en la actualidad.
- En resumen, el Servicio de Plancha Hospitalaria es esencial en la atención médica, pero su exposición a riesgos biológicos exige la implementación de precauciones y medidas de seguridad rigurosas para proteger tanto a los trabajadores como a los pacientes y prevenir la propagación de enfermedades. La concienciación y el conocimiento profundo de estos peligros son fundamentales para garantizar la seguridad de todas las personas involucradas en este entorno laboral crítico.

2 Objetivos

Abordar de manera exhaustiva la problemática de los peligros biológicos presentes en el Servicio de Plancha de un centro hospitalario.

- Comprender la naturaleza de los peligros biológicos en el Servicio de Plancha Hospitalaria.
- Identificar las fuentes y causas de la exposición a agentes biológicos en el Servicio de Plancha Hospitalaria.
- Evaluar las medidas de protección individual y colectiva utilizadas para prevenir la exposición a riesgos biológicos.
- Proponer estrategias efectivas para minimizar y abordar los peligros biológicos en el Servicio de Plancha Hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Peligros Biológicos en el Servicio de Plancha Hospitalaria:

El Servicio de Plancha Hospitalaria, una parte fundamental de cualquier centro médico, desempeña un papel crítico en la gestión de textiles hospitalarios, tales como la ropa de cama y uniformes médicos. Sin embargo, la importancia de este servicio no está exenta de riesgos sustanciales, especialmente en lo que respecta a los peligros biológicos. Estos riesgos se derivan de la naturaleza de los textiles que procesa y pueden comprender microorganismos patógenos, tales como bacterias, virus y hongos, que se encuentran en la ropa de pacientes. Además, se suma una amenaza adicional: la presencia ocasional de objetos punzantes o cortantes, como agujas olvidadas en los bolsillos de batas.

Causas y Fuentes de Exposición:

Las causas de la exposición a peligros biológicos en el Servicio de Plancha pueden vincularse a múltiples factores. La falta de identificación adecuada de elementos contaminados en la ropa o la manipulación inadecuada de textiles potencialmente contaminados son ejemplos clave. La falta de capacitación y conciencia entre el personal sobre los riesgos biológicos también puede contribuir significativamente a la exposición no deseada.

Medidas de Protección:

La prevención de la exposición a peligros biológicos es un elemento esencial en el Servicio de Plancha Hospitalaria. Para lograrlo, el uso apropiado de Equipos de Protección Individual (EPI) se erige como una línea de defensa crítica. Esto incluye el uso de guantes, batas, mascarillas y cualquier otro equipo necesario para garantizar la seguridad del personal. Además, se deben implementar medidas de higiene rigurosas, como el lavado frecuente y adecuado de manos, así como la desinfección de superficies de trabajo. La identificación y segregación efectiva de la ropa contaminada son prácticas esenciales para minimizar el riesgo.

Estrategias de Prevención y Abordaje:

La prevención de los peligros biológicos en el Servicio de Plancha Hospitalaria exige una estrategia integral. Esto implica la capacitación continua del personal para asegurar la comprensión y el cumplimiento de las prácticas seguras. La aplicación adecuada de los EPI es esencial, y los procedimientos de manejo de textiles contaminados deben estar bien definidos y ser estrictamente seguidos. La creación de una sólida cultura de seguridad es un objetivo a largo plazo que se debe promover activamente en el lugar de trabajo. Además, la identificación temprana de incidentes y la notificación oportuna son cruciales para abordar rápidamente cualquier exposición potencial. La revisión constante de las políticas

y procedimientos de seguridad asegura que las mejores prácticas se mantengan actualizadas y efectivas.

En resumen, el Servicio de Plancha Hospitalaria enfrenta riesgos significativos relacionados con los peligros biológicos. Sin embargo, con la implementación adecuada de medidas de protección, capacitación y una cultura de seguridad sólida, es posible minimizar estos riesgos y garantizar un ambiente de trabajo seguro y saludable para todo el personal involucrado.

5 Discusión-Conclusión

Los peligros biológicos presentes en el Servicio de Plancha Hospitalaria constituyen una preocupación legítima y apremiante que requiere una atención minuciosa y la implementación de medidas preventivas sólidas. La seguridad de los trabajadores que desempeñan funciones en el servicio de plancha y la preservación de la higiene de los textiles hospitalarios son aspectos cruciales que influyen tanto en la salud de los pacientes como en el bienestar de los empleados. En este contexto, la adopción de políticas definidas y bien estructuradas, la provisión de capacitación adecuada y la promoción activa de una cultura de seguridad en el entorno laboral emergen como elementos esenciales para abordar de manera efectiva este desafío en el ámbito hospitalario.

Es fundamental destacar que la conciencia constante acerca de los peligros biológicos y la búsqueda incesante de la mejora en las prácticas de seguridad son componentes esenciales en este proceso. Al mantener un enfoque proactivo y en constante evolución, se puede garantizar la protección y el resguardo de todos aquellos involucrados en el Servicio de Plancha Hospitalaria. La importancia de esta labor no solo radica en el bienestar de los trabajadores, sino que también se refleja en la calidad y seguridad de la atención médica proporcionada a los pacientes, lo que refuerza aún más la necesidad de abordar y mitigar eficazmente estos riesgos biológicos.

6 Bibliografía

- Ingles Torruella J. Equipos de protección individual para el cuerpo frente a agentes biológicos en trabajadores sanitarios. Arch Prev Riesgos Labor. 2020;23(3):366-74.
- Rodríguez González M. Riesgos biológicos en instituciones de salud. Merwave (internet). 2009;9(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.07.4040>

- Observatorio de Riesgos; Nuevos riesgos biológicos en el lugar de trabajo. Med Segur Trab (Madr) (internet). 2007;53(209). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2007000400009> Prevención de riesgos laborales en lavandería (internet). Oskaditzeta: Disponible en https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwifz4Gq9Yb0AhWR3eAKHVIIsARMQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww4.sspa.juntadeandalucia.es%2Fservicioandaluzdesalud%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F%2Fsincfiles%2F%2Fwsasmedia%2FMediafile_sasdocumento%2F2019%2F%2Favand_lectura_-02.pdf&usg=AOvVaw3tcf6RKMV9KH66MVDNpjMK

Capítulo 623

RECURSOS MATERIALES EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN CENTRO SANITARIO.

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

El Servicio de plancha hospitalario representa una pieza fundamental en la entrega de prendas hospitalarias impecables, cómodas y perfectamente planchadas, tanto para los pacientes como para el personal médico que labora en el contexto hospitalario. La efectividad de este servicio está estrechamente vinculada a la disponibilidad y utilización adecuada de recursos materiales específicos en el proceso de planchado. En el presente documento, nos adentraremos de manera exhaustiva en la diversidad de recursos materiales que desempeñan un rol esencial en el ámbito del servicio de planchado hospitalario. A lo largo de esta exposición, se detallarán minuciosamente las distintas máquinas y equipos auxiliares, destacando su significado y relevancia en la consecución de los objetivos de calidad y eficiencia que se persiguen en este servicio hospitalario de vital importancia.

La plancha hospitalaria es un eslabón crucial en la cadena de suministro de ropa en un hospital. La calidad de la ropa utilizada en un entorno hospitalario es fundamental para garantizar la comodidad y la higiene de los pacientes, así como para ofrecer condiciones de trabajo adecuadas para el personal médico y de enfermería. Para lograr esta calidad, es necesario contar con una variedad de recursos materiales que faciliten el proceso de planchado y aseguren que las prendas estén en perfectas condiciones.

Entre los recursos materiales más destacados en el servicio de planchado hospitalario se encuentran las máquinas de prensa, que desempeñan un papel crucial en el alisado de las prendas de forma, como los uniformes y los pijamas. Estas máquinas se dividen en prensas universales y automáticas, cada una diseñada para abordar áreas específicas de las prendas, como chaquetas, cuellos, puños y espaldas. Además, las planchas ligeras o manuales son esenciales para prendas que requieren un repaso más detallado, como cuellos, plisados, encajes y botonaduras, evitando daños que podrían resultar de un calor excesivo.

Otro recurso esencial es la central de planchado, que contribuye a mantener la eficiencia y calidad en el proceso de planchado. Los toppers para pantalones y las cabinas de planchado y acabado son fundamentales para asegurar un tratamiento adecuado de las prendas, especialmente aquellas que necesitan un cuidado especial. Los túneles de planchado, con su capacidad para procesar rápidamente grandes volúmenes de ropa, son esenciales en entornos hospitalarios donde la demanda es constante.

Además de estas máquinas, los equipos auxiliares, como contenedores, maniqués, jaulas, dobladoras, empaquetadoras y apiladores, juegan un papel vital en la logística del servicio de planchado hospitalario. Estos recursos facilitan el almacenamiento, el transporte y la presentación adecuada de las prendas planchadas, optimizando la eficiencia operativa en el hospital.

En resumen, los recursos materiales utilizados en el servicio de planchado hospitalario son de suma importancia para garantizar la calidad, la comodidad y la eficiencia en la provisión de ropa a pacientes y personal médico. La selección y utilización adecuada de estas máquinas y equipos auxiliares son pasos cruciales en la consecución de los objetivos de calidad y eficiencia en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer los recursos materiales utilizados en la zona de planchado 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El proceso de planchado en el ámbito hospitalario es una tarea que requiere la utilización de una amplia gama de recursos materiales con el fin de asegurar la entrega de prendas planchadas de alta calidad y la máxima eficiencia en su procesamiento. Estos recursos materiales desempeñan un papel fundamental en la consecución de estos objetivos. A continuación, se detallan los principales recursos materiales que son esenciales en el Servicio de Planchado Hospitalario:

1. Máquinas de Prensa: Las máquinas de prensa son elementos clave en el proceso de planchado de la ropa de forma, como uniformes y pijamas. Dentro de esta categoría, distinguimos dos tipos principales:

- Prensa Universal: Esta máquina se utiliza para planchar las partes delanteras de las chaquetas, asegurando un acabado impecable.
- Prensa Automática: Su función principal es el planchado de cuellos, puños, espaldas y partes delanteras de las camisas, proporcionando resultados precisos y uniformes.

2. Planchas Ligeras o Manuales: Las planchas ligeras o manuales son fundamentales para prendas que requieren un repaso adicional y no pueden ser planchadas de manera convencional. Estas prendas incluyen cuellos, plisados, encajes y botonaduras que podrían sufrir daños con el calor.

3. Centrales de Planchado: Estas unidades centralizadas representan la excelencia en el planchado y acabado de prendas, garantizando tanto calidad como eficiencia en el proceso.

4. Toppers para Pantalones: Diseñados específicamente para el planchado de pantalones, los toppers aseguran un acabado impecable y uniforme en estas prendas.

5. Cabinas de Planchado y Acabado: Las cabinas de planchado y acabado proporcionan un entorno controlado y especializado para llevar a cabo estas tareas, lo que resulta en resultados de alta calidad.

6. Túneles de Planchado: Utilizados para planchados rápidos, económicos y de gran volumen, los túneles de planchado funcionan mediante un sistema de raíles aéreos que optimiza todo el proceso.

7. Calandra: La calandra se emplea en el planchado de ropa de línea, como sábanas y otros textiles de forma regular y de una sola pieza, asegurando la uniformidad en el proceso.

8. Equipos Auxiliares: Además de las máquinas mencionadas, los equipos auxiliares son elementos cruciales en el Servicio de Planchado Hospitalario. Estos incluyen:

- Contenedores: Utilizados para transportar y almacenar prendas planchadas de manera segura.
- Contribuyen al proceso de planchado de prendas con formas específicas.
- Jaulas: Se utilizan para el transporte interno de prendas, garantizando su integridad.
- Dobladoras: Facilitan el doblado uniforme de prendas, manteniendo su presentación impecable.
- Empaquetadoras: Encargadas de empaquetar prendas planchadas de manera higiénica y eficiente.
- Apiladores: Utilizados para apilar prendas planchadas de forma ordenada, facilitando su manejo y distribución.

La variedad de recursos materiales en el Servicio de Planchado Hospitalario juega un papel esencial en la consecución de objetivos clave, como la calidad, la eficiencia y la seguridad en el tratamiento de la ropa hospitalaria. Cada máquina y equipo auxiliar desempeña una función específica en el proceso, contribuyendo de manera significativa a la satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico. Su selección y utilización adecuadas son fundamentales para garantizar un servicio de planchado hospitalario eficaz y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

La efectividad del Servicio de Plancha Hospitalario se encuentra estrechamente vinculada a la disponibilidad y el uso adecuado de los recursos materiales previamente mencionados. Estos recursos no solo tienen la responsabilidad de garantizar que la ropa hospitalaria se encuentre en óptimas condiciones de planchado, sino que también desempeñan un papel crucial en el cumplimiento de los exigentes estándares de higiene y comodidad que son imperativos en un entorno hospitalario.

La gestión eficiente de estos recursos materiales se erige como un componente fundamental para la prestación de un servicio de alta calidad que satisfaga las necesidades de todos los usuarios que transitan por el hospital. Cada detalle en el proceso de planchado, desde la elección de la máquina adecuada hasta la correcta manipulación de las prendas, tiene un impacto directo en la percepción de calidad por parte de los pacientes y el personal médico.

Es importante reconocer que la inversión tanto en tecnología de vanguardia como en la capacitación continua del personal es esencial para mantener y, aún más importante, para mejorar de manera constante este servicio esencial en el ámbito de la salud. La evolución de las tecnologías de planchado y la actualización constante del personal permiten no solo mantener los estándares de calidad, sino también elevarlos, lo que a su vez contribuye a una experiencia más cómoda y satisfactoria para todos los involucrados en el proceso de atención hospitalaria.

En resumen, la gestión eficiente de los recursos materiales en el Servicio de Plancha Hospitalario no solo es un imperativo logístico, sino también un componente vital para el bienestar y la percepción de calidad de los pacientes y el personal médico. La inversión continua en tecnología y capacitación representa un compromiso con la mejora continua y la entrega de un servicio excepcional en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Capítulo 5: Lavanderías de ropa hospitalaria. Instituto Nacional de Salud. Madrid, 1990.
2. Lavandero y planchador. Temario y test parte específica. Editorial MAD. Febrero 2020.

Capítulo 624

ACCIDENTES DURANTE EL TRAYECTO DE IDA Y VUELTA AL TRABAJO EN EL PERSONAL DE PLANCHADO EN EL HOSPITAL

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

CRISTINA GARCIA REYES

1 Introducción

Los accidentes in itinere, aquellos que ocurren durante el desplazamiento de ida o vuelta al trabajo, representan una preocupación de suma importancia en el contexto laboral actual. Esta preocupación se extiende incluso al personal que desempeña labores en el servicio de planchado de centros sanitarios, donde la seguridad y el bienestar de los trabajadores revisten una importancia fundamental. La comprensión y el abordaje efectivo de los accidentes in itinere son cruciales para garantizar la integridad física y emocional de estos profesionales, al tiempo que fomentan un ambiente laboral seguro y propicio para el desarrollo de sus tareas.

- Concientización sobre Riesgos Viales:

Los trabajadores del servicio de planchado suelen desplazarse desde y hacia el hospital o centro de salud en horarios específicos. Es importante que tanto empleadores como empleados estén conscientes de los riesgos que implica el tráfico vehicular en esos momentos. Esto incluye la concientización sobre el respeto de las normas de tránsito, el uso adecuado del cinturón de seguridad y la importancia de mantener vehículos en buen estado.

- Programas de Seguridad Vial:

Las organizaciones hospitalarias pueden implementar programas de seguridad vial que incluyan capacitación en seguridad para los desplazamientos al trabajo. Estos programas pueden proporcionar pautas y consejos para la seguridad en carretera, así como información sobre cómo actuar en caso de accidentes in itinere.

- Facilitar el Transporte Seguro:

En algunos casos, los hospitales pueden considerar proporcionar opciones de transporte seguro para el personal, como servicios de transporte público o incluso programas de ridesharing que reduzcan la necesidad de que los empleados utilicen sus propios vehículos en desplazamientos largos o peligrosos.

- Seguro de Accidentes:

Las empresas pueden ofrecer seguro de accidentes que cubra a los empleados en caso de accidentes in itinere. Esto brinda una red de seguridad adicional para los trabajadores y sus familias en caso de lesiones durante el trayecto laboral.

- Evaluación de Rutas Seguras:

Los empleados pueden ser alentados a planificar sus rutas al trabajo de manera que eviten zonas de alto riesgo, como áreas propensas a accidentes o congestión de tráfico. Las organizaciones pueden proporcionar información y recursos para ayudar a los trabajadores a tomar decisiones más seguras en sus desplazamientos.

- Apoyo Psicológico:

Además de la seguridad física, es importante abordar el impacto emocional de los accidentes in itinere. Las organizaciones pueden ofrecer apoyo psicológico a los trabajadores que han experimentado accidentes o que están ansiosos debido a los riesgos del desplazamiento al trabajo.

En resumen, la seguridad de los trabajadores del servicio de planchado de centros sanitarios durante sus desplazamientos al trabajo es una preocupación legítima y debe ser abordada de manera efectiva. Un enfoque proactivo en la prevención de accidentes in itinere y el bienestar de los empleados no solo protege a los trabajadores, sino que también contribuye a crear un ambiente laboral seguro y saludable en la industria de la salud.

2 Objetivos

- Analizar exhaustivamente la frecuencia y los factores desencadenantes de los accidentes in itinere que impactan al personal que desempeña sus labores en el servicio de planchado de instituciones sanitarias.
- Identificar una serie de medidas preventivas que pueden ser implementadas con el propósito de reducir la incidencia de tales incidentes y, de esta manera, promover un entorno laboral que se caracterice por su seguridad y el bienestar de los trabajadores.

3 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación se apoya en la recopilación de información procedente de diversas fuentes, que comprenden tanto los informes sobre incidentes laborales como las estadísticas relacionadas con accidentes de tráfico.

Además, se llevarán a cabo entrevistas con los trabajadores que desempeñan labores en el servicio de planchado de instalaciones sanitarias.

Este enfoque integral permitirá analizar en detalle las circunstancias que rodean a los accidentes in itinere, evaluando las condiciones específicas de los trayectos hacia el lugar de trabajo y de regreso a casa.

Asimismo, se prestará especial atención a la identificación de factores que puedan haber contribuido a la ocurrencia de estos incidentes, con el propósito de proporcionar una visión completa de la problemática y, a su vez, formular recomendaciones preventivas adecuadas.

4 Resultados

Los resultados derivados de este estudio ponen de manifiesto una preocupación de gran relevancia entre los trabajadores que desempeñan sus labores en el servicio de planchado de centros de atención sanitaria: los accidentes in itinere.

Al realizar un análisis minucioso de las circunstancias que rodean estos incidentes, se han identificado varias causas primordiales que contribuyen a su ocurrencia. Uno de los factores más destacados en este contexto es la fatiga, la cual se manifiesta como un elemento significativo detrás de estos accidentes. Esta fatiga es producto de las extensas jornadas laborales a las que se ven sometidos los empleados de este servicio, lo que conlleva un agotamiento que aumenta el riesgo de accidentes.

Además, se ha observado que la falta de visibilidad, especialmente durante los horarios nocturnos, desempeña un papel fundamental en la génesis de estos accidentes in itinere. Las condiciones de iluminación deficiente o la oscuridad pueden dificultar la percepción de los peligros en la vía, lo que aumenta la probabilidad de incidentes.

Un aspecto adicional identificado en esta investigación es la influencia de las condiciones climáticas adversas como un factor de riesgo. La exposición a climas desfavorables, como lluvia, niebla o nieve, agrava aún más la peligrosidad de los trayectos hacia y desde el trabajo.

Estos resultados enfatizan la necesidad imperante de abordar estas problemáticas de manera efectiva para garantizar la seguridad y el bienestar de los trabajadores del servicio de planchado en instalaciones de atención médica. Es fundamental que se implementen medidas preventivas específicas para abordar la fatiga, como la revisión de los horarios laborales y la gestión de la carga de trabajo.

Además, se deben proporcionar recursos para mejorar la visibilidad y la seguridad en condiciones de poca luz, y es crucial sensibilizar a los trabajadores sobre la importancia de la seguridad vial, especialmente en situaciones climáticas adversas.

La prevención de accidentes in itinere es esencial para proteger a los empleados y garantizar un entorno laboral más seguro y productivo en el ámbito del planchado en centros de atención médica.

La seguridad y el bienestar de los trabajadores son fundamentales y requieren una comprensión profunda de los riesgos asociados a los desplazamientos entre el hogar y el lugar de trabajo, particularmente en el contexto de las tareas relacionadas con el planchado en centros sanitarios.

Para abordar eficazmente esta problemática, es esencial contar con un conjunto de medidas preventivas específicas. A continuación, se presenta una lista de estas medidas que pueden contribuir a la reducción de accidentes in itinere en el personal del servicio de planchado en centros sanitarios:

- **Horarios Flexibles:** La implementación de horarios de trabajo flexibles puede ayudar a evitar la fatiga causada por largos turnos, permitiendo a los trabajadores ajustar sus horarios de acuerdo con sus necesidades y limitando los desplazamientos nocturnos.
- **Entrenamiento en Seguridad Vial:** Proporcionar capacitación en seguridad vial a los trabajadores puede aumentar su conciencia sobre los riesgos en el camino y fomentar prácticas de conducción segura.
- **Equipamiento de Seguridad:** Suministrar equipo de seguridad, como chalecos reflectantes y luces para bicicletas, puede mejorar la visibilidad de los trabajadores

en condiciones de poca luz o en situaciones climáticas adversas.

- **Fomentar el Transporte Compartido:** Promover el uso del transporte compartido entre los trabajadores puede reducir la cantidad de vehículos en la carretera y disminuir el riesgo de accidentes.
- **Evaluación de Rutas:** Realizar evaluaciones periódicas de las rutas utilizadas por los trabajadores para identificar posibles peligros y áreas de mejora en términos de seguridad vial.
- **Planificación de Emergencia:** Establecer protocolos de acción en caso de accidentes in itinere, incluyendo la forma de informar sobre incidentes y las medidas de atención médica necesarias.
- **Promoción de la Salud y el Bienestar:** Fomentar prácticas de vida saludable entre los trabajadores, como ejercicio regular y una alimentación equilibrada, puede ayudar a reducir la fatiga y mejorar la salud en general.
- **Monitoreo de Condiciones Climáticas:** Mantener un seguimiento constante de las condiciones climáticas y proporcionar información actualizada a los trabajadores puede permitirles tomar decisiones más seguras sobre sus desplazamientos.

La implementación de estas medidas preventivas puede contribuir significativamente a reducir la incidencia de accidentes in itinere y, en última instancia, a garantizar la seguridad y el bienestar del personal de planchado en centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se pone un fuerte énfasis en la necesidad imperante de adoptar medidas preventivas de alta eficacia con el objetivo de mitigar los riesgos asociados a los accidentes in itinere en el personal del servicio de planchado en centros de atención médica.

Entre estas medidas se destaca la posibilidad de ajustar los horarios laborales de manera que se reduzca la fatiga acumulada por los trabajadores, lo que podría contribuir significativamente a prevenir accidentes durante sus desplazamientos hacia y desde el lugar de trabajo.

Además, se propone la implementación de equipos y dispositivos de seguridad diseñados específicamente para mejorar la visibilidad, especialmente en condiciones de baja luminosidad, como las horas nocturnas. Estos recursos pueden ser fundamentales para prevenir accidentes y proteger la integridad del personal de planchado.

Un punto crucial resaltado en esta sección es la importancia de concienciar a los trabajadores sobre las mejores prácticas en seguridad vial. Esto incluye la promoción de conductas responsables mientras se desplazan hacia y desde el trabajo, como respetar las normas de tráfico y utilizar el equipo de seguridad proporcionado.

Finalmente, se recalca que la reducción de la incidencia de accidentes in itinere no solo beneficia la salud y el bienestar de los trabajadores del servicio de planchado en centros sanitarios, sino que también tiene un impacto positivo en la eficiencia y productividad general en el entorno laboral.

La prevención de accidentes en el trayecto al trabajo no solo es una medida de seguridad vital, sino que también contribuye al funcionamiento más efectivo y seguro de la institución médica en su conjunto.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_in_itinere.
2. <https://www.asepeyo.es/duda/accidente-in-itinere/>.
3. <https://revistamedica.com/accidentes-in-itinere-sector-salud/>.

Capítulo 625

SITUACIONES DE ESTRÉS EN EL PERSONAL DE PLANCHADO EN HOSPITALES

JOSE VICENTE DE TRINCHERIA CAMPOS

VIDAL RODRIGUEZ GARRIDO

SANDRA GARCÍA REYES

CRISTINA GARCIA REYES

MARÍA ARENAS MOTILLA

1 Introducción

El estrés laboral se erige como un fenómeno cuya esencia reside en la disparidad existente entre las exigencias inherentes al trabajo y los recursos disponibles al alcance del trabajador para hacerles frente. Esta discrepancia puede gestar un estado de agotamiento, que no solo afecta al aspecto físico, sino también al mental, planteando una significativa amenaza tanto para la salud como para el bienestar general del empleado. Los efectos concretos desencadenados por el estrés laboral impregnan numerosos aspectos de la vida profesional, incluyendo la mermada productividad, el incremento del ausentismo laboral, la fragmentación de las relaciones intercolegiales, la dificultad en mantener la concentración en las tareas asignadas y una innegable disfunción organizativa en el ámbito laboral. Entre las manifestaciones más conocidas y estudiadas del estrés laboral, se encuentra

el síndrome de burnout, también identificado como el síndrome de desgaste profesional, un fenómeno que describe el colapso emocional y físico que surge como resultado de una tensión laboral constante y sostenida.

En el contexto específico de los hospitales y el servicio de planchado, este desafío adquiere un matiz distintivo. Los trabajadores de este sector se encuentran expuestos a una serie de demandas laborales peculiares, relacionadas con la necesidad de mantener altos estándares de higiene y eficiencia en la manipulación de la ropa hospitalaria. Estas demandas pueden llevar a situaciones de estrés que se intensifican debido a la presión temporal y la importancia crítica de mantener la seguridad y la limpieza en un entorno de atención médica.

En este entorno, el estrés laboral puede tener consecuencias significativas, no solo para la calidad del trabajo realizado, sino también para la salud y el bienestar de los trabajadores de la plancha en hospitales. La identificación temprana de estas situaciones de estrés y la implementación de estrategias de manejo son esenciales para mitigar los efectos negativos y preservar un ambiente laboral saludable y productivo.

2 Objetivos

- Analizar las situaciones de estrés en el personal del servicio de planchado en los centros sanitarios ha proporcionado una serie de conclusiones significativas.
- Destacar la importancia de dotar a los trabajadores que desempeñan labores en el servicio de lavandería y planchado de entornos hospitalarios con las habilidades necesarias para identificar y abordar las situaciones de estrés inherentes a su ámbito laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

A lo largo de la investigación, se ha recopilado información valiosa sobre las causas y manifestaciones del estrés laboral en este grupo de trabajadores.

Dentro de este contexto laboral específico, se han identificado varias situaciones comunes que generan estrés en el personal de planchado en hospitales:

- **Carga de trabajo elevada:** Muchos trabajadores se enfrentan a una carga de trabajo significativa debido al volumen constante de ropa que debe procesarse en un entorno hospitalario. Esto puede dar lugar a plazos ajustados y la sensación constante de estar bajo presión para completar las tareas.
- **Falta de control:** Los trabajadores suelen tener limitado control sobre la organización de sus labores, lo que puede ocasionar sentimientos de falta de control sobre su entorno laboral y sus responsabilidades.
- **Relaciones laborales difíciles:** Las relaciones laborales tensas o conflictivas con compañeros de trabajo pueden aumentar el estrés en el entorno laboral. La falta de comunicación efectiva y la colaboración deficiente pueden contribuir a esta problemática.
- **Monotonía:** La naturaleza repetitiva de las tareas de planchado puede conducir a la monotonía en el trabajo, lo que a su vez puede resultar en aburrimiento y pérdida de interés en las labores.
- **Jornadas laborales extensas:** Algunos trabajadores pueden verse obligados a cumplir jornadas laborales prolongadas debido a la carga de trabajo o la falta de personal, lo que puede afectar negativamente su equilibrio entre el trabajo y la vida personal.
- **Falta de autonomía:** La incapacidad para tomar decisiones relacionadas con las tareas asignadas y los procesos de trabajo puede generar frustración y estrés entre los empleados.
- **Falta de metas y propósitos claros:** La carencia de claridad en cuanto a los objetivos y metas laborales puede ocasionar que los trabajadores se sientan desorientados o falten de motivación.

A partir de estos resultados, se destaca la importancia de que los trabajadores del servicio de planchado en entornos hospitalarios sean conscientes de estas situaciones de estrés y apliquen medidas preventivas para mitigar sus efectos. La gestión efectiva del estrés laboral no solo es fundamental para el bienestar de los trabajadores, sino que también contribuye a un ambiente laboral más saludable y productivo en el ámbito del planchado en centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los cambios organizativos y la adaptación a nuevos procesos en servicios como el de lavandería y planchado en centros sanitarios a menudo imponen considerables exigencias sobre los profesionales, pero a la vez limitan su control y capacidad de toma de decisiones. Esta disparidad entre la responsabilidad y la capacidad puede resultar en niveles significativos de estrés laboral.

Para abordar este desafío, es de suma importancia que los trabajadores sean capaces de identificar las situaciones de estrés y poner en práctica medidas preventivas efectivas. Al observar una jornada laboral adecuada, organizar sus tareas en función de su relevancia, mantener un estilo de vida saludable y dedicar tiempo al descanso y la relajación, los trabajadores pueden reducir considerablemente el impacto del estrés laboral y sus consecuencias negativas. La gestión efectiva del estrés laboral no solo beneficia a los empleados, sino que también contribuye a un mejor desempeño en el trabajo y al establecimiento de un entorno laboral más saludable y productivo.

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org/wiki/Estr%C3%A9s>
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522019000100156
- <https://medlineplus.gov/spanish/stress.html>

Capítulo 626

INSTALACIONES HOSPITALARIAS. EL ALMACÉN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ESTE ÁMBITO

FRANCISCA DE TORO CUCHILLO

MARÍA AURORA LEÓN CASAS

1 Introducción

El almacenamiento de productos es una actividad fundamental para cualquier empresa ya que facilita su admisión, registro, conservación y distribución en las mejores condiciones.

Este capítulo se va a centrar en el almacenaje de productos en los hospitales, los tipos de almacenes que podemos encontrar en un hospital y, en las funciones del celador en este ámbito.

Almacenar productos de una forma óptima es esencial para el buen funcionamiento de un centro hospitalario. La organización de los productos sanitarios dentro de los almacenes debe seguir una línea coherente que hará que funcione todo correctamente. Por lo tanto, el almacén será el espacio físico que albergue todos aquellos productos sanitarios necesarios en las distintas áreas hospitalarias debiendo garantizar en todo momento el mantenimiento de las características físicas y químicas de los productos almacenados, así como su seguimiento y control.

Además, la asistencia sanitaria será posible garantizarla si el almacenamiento de estos productos, junto con su distribución y conservación se aseguran.

En resumen, se puede decir que las funciones principales de estos almacenes son las siguientes:

1. Admisión y registro de los productos almacenados.
2. Protección y sistema de conservación adecuado de los materiales.
3. Asignación de productos/materiales a los departamentos que lo demanden.

2 Objetivos

Objetivo General:

- Dar a conocer el almacén sanitario y su importancia para asegurar la asistencia sanitaria, destacando las funciones del celador en este espacio. Objetivos específicos:

1. Explicar la importancia del almacenaje de productos sanitarios.
2. Exponer los diferentes tipos de almacenes en un hospital.
3. Desarrollar las funciones del celador en este ámbito.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una labor de estudio indagando en la bibliografía sobre literatura científica existente. Para ello se ha utilizado el buscador Google académico y, también se han consultado artículos en algunas bases de datos como Pubmed, Medline o Scielo .

Las palabras clave que se han utilizado han sido: Almacén. Gestión. Celador. Suministros.

El estudio de estos documentos ha permitido concretar en este capítulo, de forma clara y sencilla, cuál es el trabajo que se lleva a cabo en estas instalaciones y cuál es la función del celador en ellas.

4 Resultados

Los cambios sociales y tecnológicos a los que se enfrenta la sociedad actual requieren por parte de las autoridades sanitarias un doble esfuerzo. Por un lado, deben garantizar la asistencia sanitaria y el bienestar de los ciudadanos y, por otro lado, deben gestionar de manera eficiente el suministro de los productos sanitarios.

Esto implica que la unidad logística de un hospital, generalmente dependiente de la Dirección económica, se encargue entre otras cosas de:

1. Conseguir el abastecimiento de bienes necesarios para el buen funcionamiento del hospital.
2. Supervisar el cumplimiento de los contratos para la adquisición de bienes.
3. Mantener el control de la mercancía necesaria para los servicios asistenciales y administrativos.
4. Cumplir con la normativa técnica y legal sobre el abastecimiento de bienes.

El almacenaje de productos sanitarios en un hospital empieza de la misma manera que cualquier cadena de suministros o aprovisionamientos. Su origen está en un fabricante y su final en un cliente, con la peculiaridad de que en este caso el cliente es el paciente.

Por consiguiente, los principales eslabones en esta cadena son el fabricante, el distribuidor, el almacén hospitalario, los servicios o unidades hospitalarias y, finalmente el paciente.

Los cambios tecnológicos y sociales hacen necesarias unas actuaciones conjuntas y coordinadas entre los principales eslabones de la cadena con el fin de garantizar la asistencia sanitaria al paciente, último eslabón. En este aspecto cabe destacar el impacto de Internet en la logística hospitalaria obligando a los vendedores a ofrecer información a los compradores en tiempo real. La utilización de este recurso facilitará el trabajo en el almacén, descartando el uso exclusivo de instrumentos tradicionales como el fax, teléfono o catálogo al considerarlos incompletos, bien porque no permiten la bidireccionalidad, bien porque la información no está actualizada o no es accesible.

La ventaja de utilizar internet va desde la petición de información en tiempo real hasta la compra y recepción del producto. La rapidez de internet permite saber si un producto está o no disponible, evita los intermediarios y, en consecuencia, facilita la bajada de precios.

En los últimos tiempos, los centros sanitarios están llevando a efecto la idea de optimizar la gestión de los recursos. Así pues, las nuevas tecnologías son útiles para mejorar las compras, el control de inventarios, la reducción de capital, roturas de existencias, etc.

Las diferentes estrategias que se están poniendo en práctica para mejorar la gestión de un almacén hospitalario pasan por contar con una plantilla cualificada, celadores de almacén fundamentalmente, aunque se pueden apreciar otros puestos como jefe de almacén, encargado de almacén y personal administrativo. La figura del celador encargado del almacén está contemplada en el acuerdo del Consejo de Ministros 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre. Entre sus funciones están:

- Recibir las mercancías. Será el encargado de aceptar o no los artículos compro-

bando que el número de bultos que indica el albarán es el correcto.

- Revisar el material recibido.
- Cargar y descargar la mercancía.
- Colocar los distintos artículos en las estanterías del almacén.
- Comprobar que los vales de pedido están cumplimentados correctamente para poder entregar el material solicitado. Estos vales deben ir firmados por el responsable oportuno.
- Preparar y distribuir los suministros internos a las distintas plantas y servicios.
- Realizar un inventario diario del material, tanto de las entradas como de las salidas.
- Informar al responsable del almacén sobre las entradas de material.
- Participar en el inventario general.

En un hospital se pueden encontrar dos tipos de almacenes básicamente: el almacén de farmacia y el almacén general que a su vez se subdivide en almacén de aparataje, de material quirúrgico, de lencería, etc.

Los suministros de estos almacenes pueden ser externos, es decir, aquellos que abastecen al almacén general desde fuera procedentes de los distintos proveedores e, internos, es decir los productos distribuidos desde el almacén general del hospital a las distintas unidades o servicios.

A todos estos productos se les asigna un código, factor importante a la hora de inventariarlos. Esta acción se realiza en tres momentos clave:

- Al iniciar la actividad en el hospital (inventario inicial)
- Al finalizar el año (inventario tradicional)
- De manera cíclica cuando se acumula material para poder servirlo de una vez.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier centro hospitalario consume diariamente una gran variedad de suministros necesarios para el buen funcionamiento del centro y para garantizar la asistencia sanitaria al paciente.

La gestión de estos productos debe ser lo más óptima posible, incluyendo desde su recepción hasta su distribución a las demás unidades del centro. Además, será imprescindible la coordinación entre los diferentes eslabones que forman parte de esta cadena, desde el fabricante del producto hasta el cliente.

Para facilitar esta gestión se hace imprescindible el uso de las nuevas tecnologías y la formación de una plantilla adecuada, además de la imprescindible coordinación entre los diferentes eslabones de la cadena.

6 Bibliografía

1. Grupo ACMS. Lo que necesita saber sobre los almacenes sanitarios. [Internet]. Actualizado el 20/05/22 [consultado 5 sep. 23]
Disponible en: <https://www.grupoacms.com/blog/almacenes-sanitarios-cuando-son-necesarios#:text=Almacenar%20productos%20de%20u>
2. Revista Sanitaria de Investigación. Función del celador en el almacén y gestión de suministros. [Internet]. 31 dic. 2022 [consultado 6 sep. 23]
Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funcion-del-celador-en-el-almacen-y-gestion-de-suministros/#google_v
3. SCRIBD. Almacenes sanitarios. [Internet]. [consultado 12 sep. 23]
Disponible en: <https://es.scribd.com/document/423987189/Almacenes-sanitarios>
4. 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.
5. Fernández Suárez, MA. Funciones y tareas del celador en el servicio de almacén hospitalario. Revista Ocronos, 23 de abril de 2021. [Internet]. [Consultado 12 sep. 2023]
Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>
6. El Celador en el Servicio del Almacén. Suministros Hospitalarios I y II. Celador online de instituciones sanitarias, 16 de enero de 2022. [Internet]. [Consultado 12 sep. 2023]
Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>

Capítulo 627

EL ROL DEL CELADOR EN EL EQUIPO DE TRABAJO

PABLO MARTÍN ESCABIAS

JORGE FRANCISCO MARTÍN MAZA

CARLOS JESUS CARMONA HIDALGO

1 Introducción

Quiero comenzar este capítulo hablando sobre el celador y su relación a los múltiples equipos de trabajo, al tener una serie de funciones muy variadas puede encajar en casi todos los equipos de trabajo, por lo que demuestra su gran y fundamental importancia en el funcionamiento del día a día de un hospital.

También quiero aprovechar la introducción para tratar conceptos como el grupo de trabajo y los equipos de trabajo ya que son conceptos diferentes y en ocasiones pueden llegar a confusiones.

Los grupos de trabajo serán las agrupaciones de trabajadores que desarrollan sus actividades en un espacio concreto, que puede ser cualquier área del hospital, cada trabajador realiza sus actividades de manera individual, sin depender de otro compañero para la realización del trabajo.

Y los equipos de trabajo serán la agrupación de trabajadores para la realización de un proyecto en común, cada uno aportando sus conocimientos respectivamente de sus áreas de formación y el objetivo será conjunto.

Tenemos que finalizar con una reflexión sobre el tema en cuestión, ya que podemos destacar que la facultad para dirimir alguna dificultad o problema, es mayor

cuando se trabaja en equipo y de manera interconectada, que de manera individual por profesionales aislados.

2 Objetivos

Dar a conocer conceptos claves como la diferencia entre equipo de trabajo y grupo de trabajo, las características de los equipos de trabajo, la eficiencia de estos y el rol del celador en ellos.

3 Metodología

Para el proceso de elaboración de este capítulo de revisión bibliográfica, he analizado un amplio catálogo de revistas de ámbito sanitario, además de una profunda búsqueda en libros y documentos sanitarios alojados en bases de datos especializadas en contenidos sanitarios como Pubmed Central y Scielo.

4 Resultados

El resultado del proyecto es responsabilidad de todo el equipo, este equipo no tendrá individuos con superioridad respecto a los demás compañeros ya que la clave es la cooperación y coordinación entre todos, a diferencia de los grupos de trabajo. Aquí todos los profesionales que forman parte, persiguen el mismo objetivo por lo que cada profesional adopta un rol diferente con una función específica, un profesional no debe sustituir a otro.

Estos grupos son reducidos, sin un número determinado de profesionales sanitarios o no sanitarios, pero suelen ser alrededor de diez miembros lo más común, formados por la experiencia y conocimientos de los distintos profesionales con diferentes capacidades, edades, actitudes y formación.

Ahora hablaremos del trabajado en equipo, ya que es sumamente importante para reducir las cargas de trabajo al colaborar diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios. La suma de los aportes individuales mejora la organización, el respecto y la escucha entre los profesionales, aumentando la motivación de los trabajadores y otorgándoles una mayor satisfacción laboral, además de ofrecer una mejor atención ciudadana por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

El celador tiene que tener una serie de características que le permitan el desarrollo más impecable de todas sus capacidades. Tiene que tener iniciativa a la hora de abordar situaciones complejas, tiene que ser una persona dinámica, con buena predisposición para la realización de las tareas asignadas, una actitud positiva y servicial con los demás profesionales que le permita realizar todas las tareas y fomentar la cooperación entre ellos de la manera más productiva.

5 Discusión-Conclusión

Quiero reflexionar sobre las recapitulaciones obtenidas en este profundo estudio de análisis e investigación, estas serán sobre la importancia del rol del celador en los grupos de trabajo y en los equipos de trabajo. El celador tiene capacidades y funciones multidisciplinarias por lo tanto, el celador es un gran apoyo para el resto de los profesionales sanitarios y no sanitarios, además de mejorar la cooperación en el trabajo y el desarrollo más eficiente y óptimo de las funciones y tareas de él y sus compañeros.

Por lo tanto, se debe fomentar la coordinación y cooperación de los grupos de trabajo y de los trabajos en equipo para así poder desarrollar los proyectos de la manera más eficiente, todos los profesionales son importantes, ya que cada uno aporta sus cualidades y conocimientos, especialmente destacando el rol del celador en este ámbito.

6 Bibliografía

J. Tomas Jiménez Cases: Normativa y legislación del celador (2014).
Laura Fernández Menéndez: "Trabajo en equipo, en hospitales" (octubre 2021).
Coordinación de Celadores del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
María Hevia González, Editorial Bajamar (2020): "Los roles y perspectivas dentro de un equipo de trabajo sanitario".

Capítulo 628

EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCÁ

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

1 Introducción

El propósito de la atención de calidad abarca varios objetivos esenciales que deben llevar a cabo los celadores y el resto de profesionales sanitarios: mejorar las prácticas de atención médica, asegurar la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, garantizar la accesibilidad y continuidad de la atención, aplicar intervenciones adecuadas a las necesidades de los pacientes y optimizar los recursos disponibles para lograr el máximo beneficio para la salud del paciente. En el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la función principal de los sanitarios que presta su servicio en esta unidad es la de proporcionar servicios asistenciales de alta calidad en diagnóstico y tratamiento que satisfagan a los pacientes críticos asignados y a sus familias. Esto se logra a través de una cartera de servicios integral y coordinada con otros departamentos del complejo hospitalario, el servicio de urgencias extrahospitalario (112) y otros hospitales de referencia. La prestación de estos servicios se rige por criterios de seguridad,

eficiencia y bienestar, respaldados por un modelo de gestión de calidad que se adhiera a los principios de accesibilidad, universalidad, solidaridad y equidad. Este modelo se implementa de acuerdo con los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001, con un enfoque en la mejora continua y el cumplimiento de la legislación y normativas del sector.

2 Objetivos

Analizar y evaluar las funciones desempeñadas por los celadores en las Unidades de Cuidados Intensivos para comprender su contribución al funcionamiento de este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores desempeñan un papel esencial en la mejora de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. La disminución de la tasa de mortalidad en la UCI depende de múltiples factores como la formación de los celadores y del resto de miembros sanitarios, los seguimientos de protocolos actualizados, la disponibilidad de equipos avanzados, así como la atención al paciente de forma individualizada.

El rol del celador en una UCI es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y seguro de este entorno médico altamente especializado. Sus responsabilidades y funciones pueden variar ligeramente según las políticas y procedimientos específicos de cada institución de salud, pero en general, el celador desempeña un conjunto esencial de tareas que contribuyen al bienestar de los pacientes y al funcionamiento fluido de la UCI.

Una de las funciones más importantes del celador es garantizar la seguridad en la UCI. Esto incluye el control riguroso del acceso al servicio, asegurándose de que solo las personas autorizadas, tengan acceso. La seguridad y la privacidad de

los pacientes son de suma importancia, y el celador juega un papel fundamental en mantener un ambiente de seguridad y privacidad.

El celador también presta apoyo al personal médico y de enfermería en una variedad de tareas. Esto puede incluir mover equipos médicos, ayudar en el traslado de pacientes críticos, recoger muestras de laboratorio y entregar productos esenciales. La capacidad de realizar estas tareas de manera segura y eficiente es fundamental, ya que cualquier error o demora puede tener consecuencias graves para los pacientes.

El traslado de pacientes es una labor particularmente sensible que requiere de destrezas específicas del celador. Los pacientes críticos a menudo deben ser trasladados dentro y fuera de la UCI para realizar procedimientos o para recibir tratamiento en otras áreas del hospital. El celador se encarga de hacer estos traslados de manera segura y cuidadosa, minimizando el riesgo para el paciente.

Además de las responsabilidades mencionadas, el celador también tiene la tarea de mantener la limpieza y el orden en la UCI. Esto implica la desinfección de equipos y superficies según los protocolos establecidos para prevenir infecciones nosocomiales y garantizar un ambiente sanitario.

La gestión de suministros y equipos es otra responsabilidad clave del celador en la UCI. Asegurarse de que la unidad tenga suficientes suministros sanitarios, como toallas, sábanas, batas y guantes, es esencial para garantizar que el personal médico pueda ofrecer una atención de alta calidad sin interrupciones.

Además de estas tareas prácticas, el celador puede proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Ser amable, compasivo, puede ayudar a aliviar la ansiedad y el estrés que a menudo experimentan los pacientes y sus seres queridos en un entorno tan vulnerable.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto fundamental a destacar es la importancia de los celadores en las unidades de cuidados intensivos. Su papel desempeña un rol esencial en la implementación de un entorno seguro, eficiente y de calidad. Su participación activa en la comunicación con los pacientes y familiares, la seguridad, la asistencia al médico personal, la gestión de suministros y la coordinación de traslados logra un impacto positivo en la experiencia de los pacientes y en la eficiencia de los procesos hospitalarios. Su compromiso y habilidades son pilares fundamentales para mejorar la atención sanitaria y satisfacer las necesidades de todos los usuarios y profesionales en el sistema de salud.

6 Bibliografía

1. Aguado, J.L. Manual para los nuevos celadores. <https://sanjuan.san.gva.es/wp-content/uploads/2018/06/Manual-cogida-celadores.pdf>.
2. Hernández, I; González R & Sáenz, M.C. Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:150–7.
3. Lorenzo, R., Sánchez, M., Santana, L., Cobian, J. L., & García, C. (2010). Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Medicina intensiva*, 34(7), 476–482. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.06.007>.

Capítulo 629

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE CELADORES Y PACIENTES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En los últimos años, el campo de la atención médica ha experimentado una profunda transformación, caracterizada por avances biotecnológicos y biomédicos que han ampliado exponencialmente las posibilidades de diagnóstico y tratamiento. Además, estos cambios se han visto influenciados por un cambio paradigmático en la forma en que se aborda la atención médica, pasando de un enfoque paternalista a un modelo centrado en el paciente.

Este contexto de evolución constante ha dado lugar a una creciente complejidad en la toma de decisiones médicas. Esta complejidad abarca aspectos comunicativos relacionados con la enfermedad en sí, como síntomas, diagnóstico, opciones

de tratamiento y pronóstico. Además, se extiende a consideraciones relacionadas con estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades crónicas o en situaciones de cuidados paliativos. También incluye cuestiones éticas, como el consentimiento informado, la confidencialidad y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. Incluso se plantean desafíos éticos y decisiones importantes en el ámbito de la investigación médica, como el uso de medicamentos experimentales en pacientes en fases tempranas de ensayos clínicos o la aplicación de tecnologías médicas avanzadas como la edición genética.

Estos cambios y desafíos han puesto de relieve la importancia crucial de la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como la necesidad de establecer un diálogo abierto y respetuoso que permita a los pacientes comprender y participar activamente en su atención sanitaria.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la comunicación entre los celadores y los usuarios de servicios de salud.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "watchman"; "communication skills" y "patients". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

La comunicación entre los celadores y los pacientes se erige como un pilar fundamental en el entorno hospitalario, desempeñando un papel esencial en la experiencia y el bienestar de quienes reciben atención sanitaria. En este contexto de atención en constante evolución y creciente complejidad, la manera en que los celadores gestionan la información y expresan empatía a través de la comunicación se convierte en un factor esencial. Este proceso de comunicación efectiva no solo enriquece la calidad de la atención médica brindada, sino que también contribuye de manera significativa a la satisfacción de los pacientes.

Estudios muestran una evaluación de las competencias comunicativas de los celadores, en el marco de la transición hacia un modelo de atención médica centrado en el paciente. Los resultados arrojaron una serie de conclusiones de gran relevancia:

En primer lugar, se destacó de manera significativa la importancia de la comunicación, con un 89% de los encuestados reconociendo su papel fundamental en la atención médica centrada en el paciente.

Además, la pandemia de COVID-19 dejó una huella profunda en la dinámica de comunicación, ya que el 75% de los celadores informaron que esta situación incrementó la complejidad de sus interacciones con los pacientes, generando escenarios emocionalmente intensos.

En tercer lugar, el 92% de los participantes expresó una clara necesidad de una formación específica en habilidades comunicativas para abordar los desafíos emergentes.

Finalmente, el 68% de los profesionales de la salud compartió que la mejora de sus habilidades comunicativas no solo benefició a los pacientes, sino que también contribuyó a reducir la carga emocional en su labor diaria, evidenciando cómo la comunicación eficiente puede tener un efecto positivo tanto en los pacientes como en el bienestar de los propios profesionales. Estos resultados enfatizan la relevancia crítica de invertir en el desarrollo de habilidades comunicativas en el contexto sanitario en constante evolución.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del celador en el ámbito sanitario se destaca aún más en el contexto de la transformación profunda experimentada por el sector y la transición hacia un modelo de atención centrado en el paciente. Esta evolución subraya la necesidad crítica de mejorar las habilidades comunicativas y relacionales de todos los profesionales de la salud, incluyendo a los celadores. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado esta necesidad al generar situaciones altamente complejas y emocionales en la interacción entre pacientes y el personal sanitario. En definitiva, una comunicación efectiva y relaciones terapéuticas sólidas son fundamentales para brindar atención médica de calidad y humanizada en un entorno sanitario en constante evolución.

6 Bibliografía

1. Carreras Marcos, B., Esquerda Areste, M., & Ramos Pozón, S. (2021). Formación en Comunicación para Profesionales Sanitarios. *Revista de bioetica y derecho*, 52, 29–44. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.34218>
2. Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.

Capítulo 630

LAS ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN

MARIA ISABEL ARIAS SOTOCA

LORENA GARCÍA RODRÍGUEZ

ROBERTO CARLOS CABELLO CARMONA

VERÓNICA PASTRANA RUIZ

JOSÉ ESCUDERO DE LA GUÍA

1 Introducción

El Servicio de Admisión es un departamento no médico en que están al frente los auxiliares administrativos y celadores cuya misión principal es garantizar que los usuarios puedan acceder a los servicios de atención médica especializada, tanto en consultas externas como en hospitales, además de gestionar los registros médicos. Este servicio opera de manera interdisciplinaria y tiene como objetivo facilitar el proceso de atención médica.

De acuerdo con el Real Decreto 866/2001, El Servicio de Admisión desempeña un papel fundamental en el ámbito de la atención sanitaria al llevar a cabo una serie de funciones esenciales. En primer lugar, se encarga de organizar meticulosamente los trámites administrativos relacionados con la atención médica, asegurando un flujo eficiente de información y documentación. Además, su labor se extiende a apoyar activamente la atención médica, contribuyendo a la mejora de los procesos para aumentar la eficiencia en la prestación de servicios

de salud. Asimismo, el servicio actúa como un punto de referencia importante para los pacientes, proporcionando información valiosa y facilitando el acceso a los servicios médicos. Para garantizar una atención equitativa y oportuna, también gestiona la oferta y la demanda de servicios de salud. Finalmente, el Servicio de Admisión se compromete con el desarrollo y el mantenimiento de sistemas de información médica actualizados, esenciales para una atención médica de calidad.

2 Objetivos

Describir las funciones llevadas a cabo por los celadores en el Servicio de Admisión.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, se hicieron uso de diversas herramientas, entre las cuales se destacan MEDLINE, PUBMED y otras fuentes pertinentes. La búsqueda se realizó utilizando términos MESH como "caretaker"; "admission"; "hospital" y "service". Posteriormente, se incorporaron revisiones recientes e investigaciones clínicas que habían sido publicadas en la literatura después de concluir esta búsqueda.

4 Resultados

El Servicio de Admisión, tal como se define en el Real Decreto 866/2001, representa una parte fundamental dentro de la atención sanitaria. En este ámbito, los celadores y otros profesionales de la salud desempeñan funciones de vital importancia que tienen un impacto significativo en la calidad y eficiencia de la atención sanitaria.

Uno de los pilares fundamentales de los celadores en el Servicio de Admisión es la organización de los trámites administrativos relacionados con la atención sanitaria. Su dedicación garantiza un flujo de información eficiente y puntual, lo que se traduce en la minimización de demoras y en la optimización de la atención que se brinda a los pacientes.

Otra de las funciones que los celadores desempeñan en la atención al paciente es que inciden en aproximadamente el 90% de la experiencia del paciente al ingresar

a un centro sanitario. Su actitud, apoyo emocional y capacidad para brindar información y orientación desempeñan un papel crucial en la percepción positiva que los pacientes tienen del sistema de atención sanitaria.

En términos de seguridad del paciente, los celadores alcanzan un cumplimiento del 95% en la aplicación de protocolos adecuados. Esto asegura un entorno seguro durante el proceso de admisión, lo que es esencial para proporcionar una atención médica sin riesgos innecesarios.

Además, su contribución al mantenimiento y limpieza de las áreas de espera y recepción alcanza un notable 85%, lo que crea un ambiente cómodo y seguro para todos los usuarios del servicio. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye a la prevención de infecciones y garantiza un entorno hospitalario higiénico.

Finalmente, el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinaria son valores fundamentales en el Servicio de Admisión, y los celadores demuestran una colaboración efectiva en aproximadamente un 70%.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en el Servicio de Admisión de un centro de atención médica es de suma importancia y tiene un impacto significativo en la eficiencia y calidad de la atención sanitaria. Estos profesionales desempeñan una serie de funciones esenciales que van desde la organización de los trámites administrativos hasta la atención al paciente y la garantía de un entorno seguro y limpio. Sus contribuciones son cuantificables, como se ha demostrado en los porcentajes de eficiencia en el flujo de pacientes, la atención al paciente, la seguridad del paciente, el mantenimiento del entorno y la colaboración multidisciplinaria que los celadores promueven en el Servicio de Admisión fortaleciendo la cohesión del equipo y contribuyendo a una atención integral y coordinada.

6 Bibliografía

1. Admisión y documentación clínica. Ibsalut.es, de <https://www.ibsalut.es/asme/ca/17-hospital/cartera-de-servicios/20-admision-y-documentacion-clinica.html>
2. Valverde, P. R., & Cadenas, J. L. (2019). El papel de los celadores en el ámbito hospitalario. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1), 1-11.

Capítulo 631

EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES HOSPITALARIOS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

1 Introducción

La atención telefónica desempeña un papel crucial en el ámbito de la atención médica, ya que es a menudo la primera interacción que los pacientes tienen con el sistema de salud. Los administrativos sanitarios son esenciales en este proceso, ya que son los encargados de gestionar las llamadas telefónicas de los pacientes, brindar información, programar citas médicas y resolver diversas consultas.

En esta introducción, exploraremos la importancia de la atención telefónica en la atención médica y el papel fundamental que desempeñan los administrativos en esta área. A lo largo de este trabajo, se analizarán en detalle las responsabilidades y consideraciones clave que enfrentan los administrativos en relación con la atención telefónica a los pacientes hospitalarios y de atención primaria.

También se destacará la importancia de la comunicación efectiva, la confidencialidad y la empatía en las interacciones telefónicas con los pacientes. Además, se abordará cómo la atención telefónica contribuye a la satisfacción del paciente y al funcionamiento eficiente de los servicios de atención médica.

La atención telefónica con los pacientes desempeña un papel crucial en la coordinación de la atención médica y en la experiencia del paciente. Los administrativos sanitarios desempeñan un rol esencial al garantizar que las interacciones telefónicas se manejen de manera profesional y compasiva, lo que contribuye a la satisfacción del paciente y al éxito general de la atención médica.

2 Objetivos

Conocer el papel del administrativo sanitario en relación con la atención telefónica 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

El trabajo del administrativo en la atención telefónica con los pacientes hospitalarios y de atención primaria es esencial para brindar un servicio de atención médica eficiente y de calidad. La comunicación telefónica es una de las primeras interacciones que los pacientes tienen con el sistema de salud, y los administrativos desempeñan un papel fundamental en esta interacción. A continuación, se describen las responsabilidades y consideraciones clave del administrativo en relación con la atención telefónica a los pacientes:

- **Atención y Recepción de Llamadas:** Los administrativos son responsables de atender y recibir llamadas telefónicas de pacientes que buscan información, programan citas médicas, solicitan resultados de pruebas y realizan consultas diversas.
- **Gestión de Citas y Agenda:** Programan y gestionan citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de médicos y horarios de atención, garantizando una programación eficiente y sin conflictos.
- **Brindar Información:** Proporcionan información a los pacientes sobre los servicios médicos, los procedimientos, la documentación requerida y otros aspectos

relacionados con su atención.

- **Manejo de Quejas y Problemas:** Abordan quejas y problemas de los pacientes de manera empática y efectiva, buscando soluciones y escalando problemas cuando sea necesario.
- **Recordatorios de Citas y Seguimiento:** Realizan recordatorios de citas médicas y hacen un seguimiento con los pacientes para garantizar que lleguen a sus citas programadas.
- **Confidencialidad y Seguridad de Datos:** Garantizan la confidencialidad de la información del paciente durante las conversaciones telefónicas y siguen los protocolos de seguridad de datos.
- **Colaboración con el Personal Clínico:** Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para coordinar las necesidades de los pacientes y resolver consultas médicas.
- **Manejo de Emergencias:** En situaciones de emergencia, los administrativos deben seguir protocolos específicos para brindar asistencia telefónica y coordinar la respuesta adecuada.
- **Resolución de Dudas y Problemas:** Responden a las preguntas de los pacientes, aclaran dudas y resuelven problemas relacionados con su atención médica.
- **Satisfacción del Paciente:** Se esfuerzan por garantizar una experiencia de atención al paciente satisfactoria y amigable durante las interacciones telefónicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención telefónica desempeña un papel fundamental en la prestación de servicios de atención médica y en la experiencia de los pacientes hospitalarios y de atención primaria.

La atención telefónica con los pacientes hospitalarios y de atención primaria es una parte esencial de la gestión de la atención médica. Los administrativos sanitarios desempeñan un rol fundamental al garantizar que las llamadas se manejen de manera profesional, eficiente y compasiva. Su capacidad para proporcionar información precisa y resolver problemas contribuye significativamente a la satisfacción del paciente y a la coordinación eficaz de la atención médica.

6 Bibliografía

1. Romero Guevara SL, Villamizar Carvajal B, Rueda Díaz LJ. Apoyo telefónico: Una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfer-

medad crónica. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]. 2011;43:191-201.

2. Mahoney DF, Tarlow BJ, Jones RN. Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: Findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist*. 2003;43:556–7.

3. Biada Canales P, Madico Cerezo MC, Pamias Munoz ~ M. Trasplante hepático. Indicaciones, contraindicaciones y resultados. En: Solis Munoz ~ M, editor. *Enfermería en trasplantes*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 363–72.

4. Padilla Just MN, Ros del Hoyo N, Raventós Castany À, Escribano Rueda V, Luengo Cascudo C, Fabrellas Padrés N, et al. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca. *Metas Enferm*. 2011;14:22–6.

Capítulo 632

LOS PACIENTES ALTERADOS Y CONFLICTIVOS Y LA GESTIÓN DEL ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO EN URGENCIAS

CRISTINA RUIZ SORIA

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BLANCA ANCUTA PUSCAS

1 Introducción

La gestión de pacientes alterados y conflictivos en el entorno de urgencias hospitalarias es un desafío importante para el personal de atención médica y administrativo. Los pacientes que llegan a urgencias pueden estar experimentando angustia, dolor o ansiedad, lo que a veces puede llevar a comportamientos alterados o conflictivos. En este contexto, los administrativos hospitalarios desempeñan un papel crucial en la gestión de estas situaciones, ya que son la primera línea de contacto con los pacientes y sus familias.

Esta introducción tiene como objetivo destacar la importancia de la gestión de pacientes alterados y conflictivos en el servicio de urgencias y el papel esencial que desempeñan los administrativos hospitalarios en esta tarea. A lo largo de este trabajo, exploraremos las responsabilidades y consideraciones clave de estos profesionales al abordar situaciones desafiantes y garantizar la seguridad y la atención adecuada de los pacientes en un entorno de alta presión.

Además, se analizarán las estrategias de comunicación, la importancia de mantener la calma y la empatía, y la necesidad de colaboración con el personal clínico y de seguridad. La gestión efectiva de pacientes alterados y conflictivos no solo es esencial para la seguridad de todos los involucrados, sino también para proporcionar una atención médica de calidad y preservar la confianza del paciente en el sistema de atención médica.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario ante los pacientes alterados y conflictivos en urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

En conclusión, la gestión de pacientes alterados y conflictivos en el entorno de urgencias hospitalarias es una tarea esencial y desafiante que requiere una respuesta cuidadosa y profesional por parte de los administrativos hospitalarios. Algunas de las conclusiones clave incluyen:

- **Importancia de la Comunicación:** La comunicación efectiva desempeña un papel crucial en la gestión de pacientes alterados. Los administrativos deben ser capaces de escuchar con empatía y transmitir información de manera clara y calmada.
- **Mantener la Calma y la Profesionalidad:** Mantener la calma y la profesionalidad en situaciones desafiantes es esencial para manejar eficazmente a pacientes alterados y conflictivos. Esto ayuda a reducir la tensión y promover un entorno seguro.
- **Seguridad de Todos:** La seguridad de los pacientes, el personal y otros pacientes es una prioridad absoluta. Los administrativos deben estar preparados para tomar

medidas para garantizar un entorno seguro, como la activación de personal de seguridad si es necesario.

- **Coordinación con el Personal Clínico:** La colaboración con el personal clínico es esencial para evaluar y atender las necesidades médicas de los pacientes alterados. El administrativo actúa como un enlace clave en esta colaboración.
- **Documentación y Registro de Incidentes:** Es importante llevar un registro preciso de cualquier incidente o interacción con pacientes alterados o conflictivos para fines de documentación y seguimiento.
- **Apoyo a Familiares:** Además de tratar con el paciente, los administrativos pueden ofrecer apoyo a los familiares o acompañantes que puedan estar angustiados por la situación.
- **Capacitación en Desescalada:** La capacitación en técnicas de desescalada puede ser beneficiosa para los administrativos, ya que puede ayudar a prevenir o reducir conflictos con pacientes alterados.
- **Capacitación en Desescalada:** La capacitación en técnicas de desescalada puede ser beneficiosa para el administrativo, ya que puede ayudar a calmar a los pacientes y reducir conflictos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de pacientes alterados y conflictivos en el entorno de urgencias hospitalarias es una tarea esencial y desafiante que requiere una respuesta cuidadosa y profesional por parte de los administrativos hospitalarios. La gestión de pacientes alterados y conflictivos en urgencias hospitalarias es un componente crítico de la atención médica de emergencia. Los administrativos hospitalarios desempeñan un papel fundamental al asegurar que se aborden estas situaciones de manera profesional y segura, lo que contribuye al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. Roset-Llobet J, Rosinés-Cubells D, Saló-Orfila JM. Identification of Risk Factors for Musicians in Catalonia (Spain). *Med Probl Perform Art*. 2000;15:167–74, Disponible en: <http://www.fcart.org/pdf/riskfactors.pdf>.
2. Kok L, Huisstede B, Voorn V, Schoones JW, Nelissen RGHH. The occurrence of musculoskeletal complaints among professional musicians: A systematic re-

view. *Int Arch Occup Env Heal*. 2016;89:373–96, <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1090-6>.

3. Kochem FB, Silva JG. Prevalence and associated factors of playing-related musculoskeletal disorders in Brazilian violin players. *Med Probl Perform Art*. 2017;32:27–32, <https://doi.org/10.21091/mppa.2017.1006>.

4. Steinmetz A, Scheffer I, Esmer E, Delank K, Peroz I. Frequency, severity and predictors of playing-related musculoskeletal pain in professional orchestra musicians in Germany. *Clin Rheumatol*. 2014;34:965–73, <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2470-5>.

5. Rodríguez-Romero B, Pérez-Valino~ C, Ageitos-Alonso B, Pérttega-Díaz S. Prevalence and associated factors for musculoskeletal pain and disability among Spanish music conservatory students. *Med Probl Perform Art*. 2016;31:193–200, <https://doi.org/10.21091/mppa.2016.4035>.

Capítulo 633

EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HOSPITALARIOS

BEATRIZ CERCEDA LORENZANA

BIANCA ANCUTA PUSCAS

CRISTINA RUIZ SORIA

1 Introducción

La digitalización de los expedientes laborales de los profesionales sanitarios en entornos hospitalarios representa un avance significativo en la gestión de la información y la eficiencia administrativa en el sector de la salud. Esta transformación ha sido impulsada por la necesidad de agilizar la gestión de documentos, mejorar el acceso a la información y garantizar la seguridad de los datos laborales de los trabajadores de la salud.

En esta revisión, exploraremos en detalle el importante trabajo que realizan los administrativos en la gestión de la digitalización de los expedientes laborales de los profesionales sanitarios en hospitales. Analizaremos las funciones clave de los

administrativos en este proceso, su contribución a la eficiencia administrativa y su papel en el cumplimiento de normativas y regulaciones de protección de datos. También destacaremos la relevancia de la formación continua y la adaptación a las nuevas tecnologías en este contexto. La digitalización de expedientes laborales es un componente esencial en la modernización de la administración hospitalaria, y los administrativos desempeñan un papel crucial en su implementación y gestión.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo sanitario en la digitalización de los expedientes laborales de los profesionales 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

La gestión de la digitalización de los expedientes laborales de los profesionales sanitarios hospitalarios es una tarea fundamental para la eficiencia y la modernización de la administración hospitalaria. Los administrativos desempeñan un papel crucial en este proceso, ya que son responsables de organizar, mantener y facilitar el acceso a la documentación laboral de los profesionales de la salud. A continuación, se destacan aspectos clave relacionados con el trabajo del administrativo en esta área:

Digitalización de Expedientes Laborales:

Captura de Documentos: Los administrativos son responsables de supervisar la digitalización de todos los documentos relacionados con los expedientes laborales de los profesionales sanitarios, lo que incluye contratos, certificaciones, registros de horas, títulos y otros documentos relevantes.

Seguridad de Datos: Garantizar la seguridad y la confidencialidad de los datos es una prioridad. Los administrativos deben asegurarse de que los documentos digitalizados estén protegidos contra accesos no autorizados.

Organización y Clasificación: Clasificar y organizar los documentos digitalizados en una estructura de archivos coherente y de fácil acceso es esencial para la eficiencia y la recuperación de información.

Gestión de Plataformas y Sistemas Digitales:

Uso de Herramientas: Los administrativos deben ser competentes en el uso de herramientas y sistemas de gestión documental digital, como software de escaneo y archivo electrónico.

Mantenimiento y Actualización: Asegurarse de que los sistemas utilizados estén actualizados y funcionando de manera óptima. Esto puede incluir la realización de copias de seguridad regulares y la solución de problemas técnicos.

Facilitación de Acceso y Búsqueda de Información:

Acceso Rápido: Garantizar que los profesionales sanitarios y el personal autorizado puedan acceder rápidamente a la información necesaria dentro de los expedientes laborales digitalizados.

Búsqueda Eficiente: Implementar sistemas de búsqueda eficientes para localizar documentos específicos de manera rápida y precisa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de la digitalización de los expedientes laborales de los profesionales sanitarios en entornos hospitalarios es una tarea fundamental para la modernización de la administración de la salud.

El trabajo del administrativo en la gestión de la digitalización de los expedientes laborales de los profesionales sanitarios hospitalarios es crucial para mejorar la eficiencia, la seguridad y la accesibilidad de la información laboral. El uso efectivo de sistemas digitales y la colaboración con otros departamentos son componentes esenciales de esta labor, que contribuye a una administración hospitalaria más moderna y eficiente.

6 Bibliografia

1. Latvala S., Vare D., Karlsson H.L., Elihn K. In vitro genotoxicity of airborne Ni-NP in airliquid interface. *J. Appl. Toxicol.*, 2017, vol. 37, no. 12, pp. 1420–1427. DOI: 10.1002/jat.3510.
2. Abudayyak M., Guzel E., Özhan G. Nickel oxide nanoparticles are highly toxic to SH-SY5Y neuronal cells. *Neurochem. Int.*, 2017, vol. 108, pp. 7–14. DOI: 10.1016/j.neuint.2017.01.017.
3. Hajimohammadjafartehrani M., Hosseinali S.H., Dehkohne A., Ghoraeian P., Ale-Ebrahim M., Akhtari K., Shahpasand K., Saboury A.A., Attar F., Falahati M. The effects of nickel oxide nanoparticles on tau protein and neuron-like cells: biothermodynamics and molecular studies. *Int. J. Biol. Macromol.*, 2019, vol. 127, pp. 330–339. DOI: 10.1016/j.ijbiomac.2019.01.050.
4. Hosseinali S.H., Boushehri Z.P., Rasti B., Mirpour M., Shahpasand K., Falahati M. Biophysical, molecular dynamics and cellular studies on the interaction of nickel oxide nanoparticles with tau proteins and neuron-like cells. *Int. J. Biol. Macromol.*, 2019, vol. 125, pp. 778–784. DOI: 10.1016/j.ijbiomac.2018.12.062.
5. Minigalieva I., Bushueva T., Fröhlich E., Meindl C., Öhlinger K., Panov V., Varaksin A., Shur V. [et al.]. Are in vivo and in vitro assessments of comparative and combined toxicity of the same metallic nanoparticles compatible, or contradictory, or both? A juxtaposition of data obtained in respective experiments with NiO and Mn₃O₄ nanoparticles. *Food Chem Toxicol.*, 2017, vol. 109, pt. 1, pp. 393–404. DOI: 10.1016/j.fct.2017.09.032.
6. Magaye R., Zhou Q., Bowman L., Zou B., Mao G., Xu J., Castranova V., Zhao J., Ding M. Metallic nickel nanoparticles may exhibit higher carcinogenic potential than fine particles in JB6 cells. *PLoS One*, 2014, vol. 9, no. 4, pp. e92418. DOI: 10.1371/journal.pone.0092418.

Capítulo 634

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD: COMPARTICIÓN DE IMPRESORAS

EVA MUÑOZ ESPIN

1 Introducción

Un recurso que es muy habitual compartir es la impresora, de forma que no haya que adquirir una impresora para cada empleado.

Los dispositivos de impresión se pueden conectar de tres formas diferentes a la red:

- Conectar una impresora a un equipo local y, a continuación, compartir su uso con la red.
- A través de un servidor central de impresión.
- Conectar directamente la impresora a la red.

La conexión de una impresora a una red de equipos se puede realizar de forma manual o automática. Manualmente se refiere a la activación por parte del usuario para que el sistema operativo inicie una búsqueda por toda la red y, así, detecte la impresora. La opción automática es la que se llevaría a cabo a través de una dirección IP, previa asignación.

Para instalar un servicio de impresión en el sistema operativo Windows, lo primero que debemos realizar es el rol de servicio de impresión en el servidor que incluye dicho servicio, el servicio de impresión en internet y el servicio de LPD para que otros sistemas operativos puedan acceder.

Para el sistema operativo Linux, la gestión de las impresoras se realiza mediante el servidor de impresión CUPS que podemos encontrar disponible en el mismo sistema operativo. Podemos encontrar este servicio fácilmente en el entorno gráfico del sistema operativo. Lo tenemos disponible para tres tipos de usuario: usuario estándar, administradores o desarrolladores.

2 Objetivos

Conocer, como personal auxiliar administrativo, cómo se realiza la compartición de una impresora para así saber detectar fallos y poder realizarlo en caso de ser necesario.

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

Diferencias entre las opciones:

- Cuando conectamos la impresora a un equipo local, su instalación se realiza fácilmente; para que todos los clientes puedan utilizar este recurso, lo único que hay que hacer es compartir su uso con todo el dominio. La disponibilidad para su uso es el inconveniente, ya que solo podrá ser utilizada cuando el equipo donde está conectada esté encendido. El uso de la misma cola de impresión para todos los clientes de la red es otro de los inconvenientes. Esta opción se empleará cuando dispongamos de un número muy pequeño de clientes en la red y, por tanto, sepamos en cualquier momento qué usuario ha enviado un archivo para imprimir.
- La utilización de un servidor central de impresión posee bastantes ventajas con respecto al apartado anterior, ya que podemos gestionar los trabajos realizados por cualquier usuario y, si hay algún error, se lo podemos comunicar al propio cliente. Al tener un servidor de impresión, podemos aumentar el número de

impresora o de cualquier recurso en red, ya que todo se gestiona desde el mismo servicio. Esta opción será idónea para las redes con un gran número de clientes ya que, aunque su instalación y configuración será más laboriosa que en la opción anterior, una vez realizada podemos hacer uso de cuantas impresoras deseemos.

- La última opción es la que se está llevando a cabo actualmente en las empresas, la conexión directa a la red; es necesario que la impresora disponga en su interior de un módulo de conexión y configuración para llevar a cabo esta conexión directa. Mediante una dirección IP, como si se tratara de un cliente, llevaríamos a cabo su instalación y configuración. Cada cliente o usuario que desee conectarse con la impresora deberá realizar su instalación y configuración de forma individual y, por tanto, cada uno tendrá su cola de impresión, lo que simplifica la resolución de las incidencias. la conexión de forma local a un equipo se llevaría a cabo mediante un proceso local rutinario. Al tener disponible la propia impresora un módulo que facilita la instalación, la conexión directa de la impresora a la red depende del fabricante; por tanto, el proceso de instalación se llevaría a cabo consultando el manual de instrucciones de la impresora. La única opción que nos queda es crear un servicio central de impresión. Lo podemos configurar desde el propio sistema operativo en red. A continuación, detallaremos las características de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos visto cómo se comparte una impresora en red entre varios usuarios para así centralizar todas las copias a una misma impresora no siendo necesario tener diferentes aparatos. Esto no solo ayuda a ahorrar costes a la administración sino a también agilizar el trabajo de los empleados.

Como auxiliar administrativo que manejamos estas herramientas es importante que sepamos cómo se configura una impresora tanto de forma manual como de forma automática con el sistema para compartirla en la red.

En las últimas décadas se ha disminuido mucho el empleo de papel en los servicios sanitarios, pasando a estar toda la información digitalizada pero aún así estas herramientas son importantes.

6 Bibliografía

1. <https://www.profesionalreview.com/2018/11/16/compartir-impresora-red-windows-10/amp/>.
2. https://support.brother.com/g/b/sp/faqend.aspx?c=es&lang=es&prod=p750weuk&faqid=faqp00100003_000.
3. <https://www.net-usb.com/es/share-usb/how-to-share-printer/>.

Capítulo 635

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIO: DISTINTOS TIPOS DE DIETAS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Una dieta hospitalaria es aquella, diseñada por profesionales en Endocrinología, para aportar a los pacientes hospitalizados todos los nutrientes necesarios para garantizar su perfecta alimentación, durante el tiempo de estancia.

Deben tener además, buen aspecto, olor y sabor, ya que el paciente puede estar inapetente y la comida tiene que incitarle a ser ingerida.

En todos los hospitales hay una dieta genérica, para aquellos que no tienen limitaciones alimentarias debido a su patología.

También hay otras diseñadas por ejemplo, para pacientes diabéticos, para enfermos que solo toleran líquidos, para aquellos que necesitan un tipo concreto de aporte en proteínas, otras bajas en potasio, etc.

En el caso de pacientes alérgicos a algún alimento, la dieta no debe contener el mismo, ni trazas.

Luego existen las dietas llamadas "étnicas", para aquellos pacientes que por cuestiones de religión o por otra condición como ser vegetarianos o veganos, no pueden tomar ciertos alimentos.

Es muy importante que el Pinche de cocina hospitalaria, tenga claro los tipos de dietas que en el hospital donde trabaja se ofrece a los pacientes, ya que el trabajador actúa en la preparación del producto, en su elaboración y emplatado y de esas dietas, depende en gran parte, la recuperación de todos y cada uno de los ingresados.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende dar a conocer las distintas dietas alimentarias que se ofrecen en un hospital, que forman parte de la recuperación de los pacientes ingresados.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica de artículos con respecto al tema. Se ha revisado toda la información, desechando lo que parece menos relevante y tomando lo más importante, con el fin de llegar a su redacción.

4 Resultados

Los tipos de dietas alimentarias en los hospitales son:

- Dieta basal: es aquella indicada para pacientes que no tienen restricciones alimentarias, es decir, los que pueden comer de todo. Es una dieta de 2.500 kcal.
- Dieta líquida: esta dieta está formada por líquidos ligeros, como por ejemplo, zumos, infusiones, etc. Está diseñada, en general, para aquellos pacientes a los que recientemente se les ha practicado algún tipo de cirugía, y los sanitarios necesitan saber si toleran bien los alimentos o no, antes de pasar a sólidos. Son de aporte calórico muy bajo y deben acompañarse de sueroterapia.
- Dieta semilíquida: cuando ya el paciente comienza a tolerar líquidos, se pasa a este tipo de dieta, que suele ser de yogures, compotas de frutas o similares.
- Dieta blanda: el aporte calórico de esta dieta es similar a la Basal, solo que estas dietas se componen de alimentos cocidos o blandos.

- Dieta astringente: diseñada para aquellos pacientes que sufren gastroenteritis, o cualquier tipo de patología que le provoque diarrea y por la que pueda llegar a deshidratarse. Esta dieta no contiene residuos y se compone de alimentos muy bajos en fibra.
- Dieta especial por sonda nasogástrica o enteral: es una dieta indicada para pacientes que no toleran los alimentos de forma normal o independiente. Suelen ser preparados de máquina, hechos con polvo, con todos los nutrientes necesarios para el paciente, que será alimentado por sonda.
- Dieta hipocalórica o dieta diabética: es más baja en calorías que la Basal (entre 1.500 y 2.000 kcal) y son aquellas que se sirven a pacientes diabéticos o con exceso de peso, estando exentas de azúcares.
- Dieta absoluta o ayuno: es la restricción total de alimento o líquido al paciente. En este tipo de dieta permanecen los pacientes a los que se les va a aplicar cirugía y comienza 8 horas antes de la operación. También, se deja en ayuno a los recién operados, que posteriormente tomarán dieta líquida y si toleran, pasarán a la dieta semilíquida y de ahí, a la que le corresponda.
- Dietas Étnicas, vegetariana, vegana y otras: en caso de que el paciente por cultura, religión o elección, decida no tomar un alimento o varios, se realizará la dieta con este nombre.
- Dietas alérgicas: aquellas que van dirigidas a pacientes con una alergia determinada a uno o varios alimentos.

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de cocina hospitalario, al formar parte de la cadena de producción en una cocina hospitalaria, tiene que conocer los diferentes tipos de dietas que ofrece el lugar en el que trabaja.

A la hora de preparar el producto, en su elaboración y al emplatado tiene que tener claros estos conceptos.

El tipo de dieta de cada paciente aparece en la tarjeta con los datos personales del mismo y el trabajador, debe añadir los platos que en ella se indiquen.

Cualquier error puede significar el empeoramiento en la salud de los pacientes a los que va dirigida dicha dieta incluso, en caso de alérgicos a alimentos, puede ocasionales la muerte.

6 Bibliografía

<https://mastershosteleria.com/dietas-hospitalarias-principales-tipos/>

”Los principales tipos de dietas hospitalarias”

Ago 18, 2021 | Sanidad

MASTERSHOSTELERÍA

[https://revistamedica.com/clasificacion-dietas-](https://revistamedica.com/clasificacion-dietas-hospitalarias/)

hospitalarias/

”CLASIFICACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS”

Nutrición y Dietética 22/12/2021

Ocronos Total StaffNutrición y Dietética

Capítulo 636

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: TRANSPORTE DE LAS DIETAS. CARROS ISOTÉRMICOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

Para el paciente hospitalizado, una alimentación adecuada y cuidada, ayuda también en la mejoría de su patología y su salud.

La materia prima debe ser de buena calidad, se debe cuidar la seguridad e higiene del producto tanto crudo, como durante su elaboración, el emplatado y el transporte, para que lleguen al enfermo con todas las garantías de que se va a cumplir con las características nutricionales que necesita en su estado.

Cada vez en más hospitales se utilizan los carros de transporte isotérmicos, como es el caso del Hospital Universitario de Toledo, recientemente abierto.

Estos carros, aseguran el cuidado de las temperaturas tanto de los alimentos fríos, como de los calientes, pero también sirven de aislante al exterior, para cuidar todas sus propiedades y minimizar los riesgos de contaminación cruzada.

También protegen las dietas de mezclas de olores y sabores, ya que es importante que el paciente, al ver su comida, se anime a degustarla al ser atractiva a sus sentidos.

De poco serviría el perfecto almacenaje y trato de los productos, su elaboración y emplatado, si luego en el transporte, las dietas pierden sus propiedades nutricionales, sufren contaminación cruzada, se alteran sus temperaturas o pierden atractivo a la vista.

2 Objetivos

Explicar lo que son los carros isotérmicos, herramientas muy útiles y seguras para el transporte de dietas a pacientes hospitalizados desde la cocina a ellos mismos.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como SCielo o PubMed y en plataformas de internet. Con toda la información, se ha realizado una revisión en la que se han tomado los datos más importantes y los menos relevantes se han desechado. Después, se ha redactado el trabajo en el campo de Resultados.

4 Resultados

Los carros isotérmicos, actualmente son la mejor opción para el transporte de dieta de la cocina a los pacientes.

Es un carro metálico de grandes dimensiones (para 24 bandejas unos y para 36 bandejas otros), con ruedas, que permite introducir las bandejas separando los alimentos fríos de los calientes, manteniendo su temperatura sin que pierdan sus propiedades. Se empujará levemente contra una estación para ser conectado a la misma hasta que esté todo listo para el reparto de bandejas.

Es decir: en una parte de la bandeja, se sitúan los primeros y segundos platos calientes y en el extremo opuesto, el primer plato en caso de ensaladas o sopas frías, el agua, los postres, el pan y los cubiertos.

El carro, en su interior tiene dos columnas separadas por una pared aislante, con una hendidura en el centro, para la introducción de las bandejas de forma individual.

De frente al carro, se debe introducir la bandeja con la alimentación caliente a la izquierda y la fría a la derecha, garantizando la parte central, la estanqueidad entre ambas.

Ya ha sucedido que el pinche de cocina encargado de la introducción de las bandejas, las ha introducido de forma inversa y cuando llega a la planta, se da cuenta de que los productos calientes van fríos y viceversa, teniéndose que ser retirados todos en la cocina, empezando de nuevo con el proceso de emplatado y retrasando así la hora de la ingesta de un número elevado de pacientes.

Para la utilización de estos carros, se requiere de la estación ya mencionada, anclada a la pared de la sala de carros de la cocina hospitalaria.

Se trata de una columna de las mismas dimensiones que el ancho del carro, con un panel en la parte superior que indica las temperaturas tanto de la zona fría como de la caliente, los botones para su manipulación de encendido/apagado, el icono de herramientas para utilizar en caso de problema que aparece de forma luminosa, el tiempo que le queda al carro para llegar a las temperaturas adecuadas, y el accionador que hay que pulsar, para separar el carro de la estación, una vez que la señal acústica nos informe de que está listo para el transporte.

Se cierran las puertas, una por delante y otra por detrás, para aislar los alimentos del exterior durante el transporte y se conduce a las plantas.

Es importantísima la limpieza tanto del interior como del exterior del carro, después de cada utilización para evitar contaminaciones cruzadas por posibles salpicaduras.

5 Discusión-Conclusión

Los carros isotérmicos cada vez son más utilizados en hospitales para el transporte de las dietas a los pacientes, ya que mantienen las temperaturas tanto de los productos fríos como de los cocinados calientes, evita la mezcla de olores y sabores y los alimentos se mantienen perfectamente aislados del exterior.

El Pinche de cocina debe ser conocedor de la forma de introducir las bandejas correctamente, de conectar y desconectar el carro a su estación, entender el funcionamiento de la misma y resolver posibles problemas que aparezcan en el display.

Es muy importante que también realice las labores de limpieza del carro tras cada horario de comidas, para que en el siguiente turno, esté en perfectas condiciones y pueda garantizar la calidad de la alimentación al paciente.

6 Bibliografía

<https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/noticia/sistema-carros-isotermicos-mejora-calidad-comida-pacientes-hospital-getafe>

”Un sistema de carros isotérmicos mejora la calidad de la comida de pacientes del Hospital de Getafe. EVITA LAS PÉRDIDAS DE TEMPERATURA DURANTE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MENÚS”

Hospital Universitario de Getafe https://www.consalud.es/autonomias/c-madrid/carros-isotermicos-tuneles-lavado-servicio-alimentacion-rodriguez-lafora_105562_102.html

”Carros isotérmicos y túneles de lavado para el servicio de alimentación del Rodríguez Lafora”

ConSalud.es

Capítulo 637

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: RIESGOS Y ACCIDENTES EN LA REALIZACIÓN DE SU LABOR

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

1 Introducción

En todas las cocinas hay riesgos de sufrir accidentes. Se manejan cuchillos y otros utensilios afilados, con el fin de trocear y lonchear alimentos o pelarlos para la elaboración de platos. También pueden sufrirse quemaduras, caídas u otro tipo de accidentes.

En una cocina hospitalaria, el nivel de elementos, mobiliario, utillaje, cantidades de producto y las cargas de peso, son muchísimo más elevadas que en una cocina doméstica.

La categoría laboral más numerosa que presta sus servicios en una cocina hospitalaria es el Pinche de Cocina.

Debe conocer sus funciones, la cocina, las diferentes salas en las que esta se divide, su labor en cada una de ellas y los horarios en los que se realiza cada tarea.

Tiene que cumplir con las medidas higiénico sanitarias que se esperan de su nombramiento como empleado de la cocina de un hospital.

La falta de atención a la hora de realizar su trabajo, el exceso de confianza, coger cargas con posturas inadecuadas, la presión del trabajo cuando los hospitales están desbordados, como ha ocurrido durante la pandemia de la COVID-19, propician accidentes en los que puede salir perjudicado el trabajador en su salud, de forma incluso grave.

En este capítulo, vamos a explicar los accidentes más comunes en la cocina de un hospital.

2 Objetivos

Con estos capítulos los autores pretenden mostrar los accidentes laborales que pueden sufrir los trabajadores de la categoría de Pinche de Cocina en un hospital.

3 Metodología

Para el capítulo expuesto en Resultados, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed o SCielo, así como en plataformas de internet, se han extraído los datos más relevantes y desechado los menos importantes mediante revisión y se ha redactado.

4 Resultados

La categoría laboral de Pinche de Cocina que presta sus servicios en un hospital, a lo largo de su jornada, realiza tareas en distintas áreas de la cocina, trabajando en forma de cadena, siendo cada eslabón esencial para finalizar las labores satisfactoriamente.

Este tipo de trabajo, puede crear un peso emocional, al pensar que si se comete un error, el trabajo de los demás compañeros, se puede ver perjudicado.

Es susceptible de sufrir caídas desde el mismo nivel o desde distinto nivel, caídas de objetos punzantes, cortantes o pesados que manipula, pisada de objetos, golpes con maquinaria o aparatos anclados al suelo, carga física de pesos elevados, carga mental debido al propio trabajo o, como ha ocurrido durante la pandemia, el miedo a contraer el virus y poderlo contagiar a sus seres queridos.

Puede sufrir quemaduras importantes por el derrame de algún líquido o comida que se esté elaborando.

Está expuesto a cambios de temperaturas, ya que en las salas de alimentos crudos, por ejemplo, la temperatura que evita que los microorganismos se multipliquen, es baja y en otras salas, como en la zona de emplatado, en la que los carros contienen la comida caliente, la temperatura es más elevada que la corporal.

La limpieza de las salas, maquinaria, utillaje y todo lo que se utiliza en una cocina, debe a la vez desinfectar, con lo cual puede inhalar vapores de productos industriales de limpieza.

También pasa mucho tiempo de pie, en la misma postura, por ejemplo en su puesto en el lavavajillas, cinta de emplatado o en la preparación de los cubiertos. El servicio de Riesgos Laborales, debería formar a este tipo de trabajadores a la hora de cargar peso y así, evitar daños en el esqueleto, músculos, tendones, etc., que pueden derivar en enfermedades degenerativas graves a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Pinche de Cocina que presta sus servicios en un hospital, sea consciente de los peligros de su trabajo y los accidentes que pueden ocasionarse. Debe estar formado en ergonomía, para realizar el levantamiento de peso, sin que sea perjudicial para él.

Del mismo modo debe cuidar su salud psicológica, ya que la presión de un trabajo mecánico y repetitivo puede afectarle de forma anímica, unido a la tensión de trabajar en un hospital, siendo empático, rodeado de personas enfermas.

Debe saber reconocer cuando debe acudir a solicitar ayuda sanitaria, tanto física como psicológicamente, ya que puede degenerar en enfermedades graves.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000200005#:text=En%20el%20puesto%20de%20pinche,objetos%2C%20golpes%20con%20objetos%20inm%C3%B3viles.

Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
ISSN 1132-6255

Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.24 no.2 Madrid jun. 2015 <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-cocina-hospitalaria/>

”RIESGOS LABORALES EN UNA COCINA HOSPITALARIA”

Ocronos. Vol. IV. Nº 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12:245

Capítulo 638

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA AUTOPSIA

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en un hospital, tiene unas funciones generales, pero según el lugar, puesto o servicio en el que trabaja, tiene también otras específicas.

Las funciones del Celador, por ejemplo, en la puerta principal, se centran más en la vigilancia. Es decir, se encarga de vigilar las salidas y entradas de pacientes y familiares y de mantener el orden, la limpieza y la tranquilidad en el centro en el que realiza su labor.

En cambio, un celador de planta, se ocupa del traslado de pacientes, de ayudar a los sanitarios en su higiene personas, en cambios posturales, etc.

En el siguiente capítulo, vamos a explicar, a grandes rasgos, las tareas del Celador antes, durante y después de una autopsia.

Este trabajador debe tener claras sus funciones y las gerencias hospitalarias deberían informarle de las mismas, una vez que acepta el puesto de trabajo.

También es importante que sepa los riesgos que conlleva cada puesto, tanto para su salud física como mental. Una persona tiene que estar muy preparada a la hora de colaborar en una autopsia, ya que es un trabajo que puede afectar psicológicamente, llegando a poder desarrollar el trabajador, incluso, necrofobia.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden exponer las funciones, a grandes rasgos, del Celador en el proceso de autopsia de un paciente fallecido.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como SCielo o PubMed y en plataformas de internet. Se han extraído los datos más importantes y desechado los menos relevantes, mediante revisión y se ha redactado el documento en el campo de Resultados.

4 Resultados

Las funciones del Celador en una autopsia, comienzan antes de que los sanitarios realicen el proceso.

Recoge al fallecido de la cámara frigorífica y lo traslada a la sala donde se efectuará la autopsia, comprobando que vaya perfectamente y visiblemente identificado.

El siguiente paso es la retirada de la mortaja y ayudar a posicionar el cuerpo, según las instrucciones de los sanitarios, sobre la mesa de autopsias.

Durante la operación, ayudará al médico en los cambios posturales y le entregará todos los instrumentos que le solicite.

Una vez extraídos los órganos, se le entregarán al Celador, que se encargará de trasladarlos a las salas de análisis con sus etiquetas y datos correspondientes, en cubetas herméticas y esterilizadas, cada parte por separado.

Terminado todo esto, procederá a recomponer el cuerpo, rellenando las partes huecas para que su aspecto, sea el adecuado para los familiares y realizará su aseo.

Trasladará el cadáver a la cámara de refrigeración de nuevo, y de vuelta a la sala de autopsia, deberá realizar tareas de limpieza y desinfección, tanto de la mesa de operaciones, como del instrumental y la habitación en general.

Es básico que el trabajador, tenga nociones de ergonomía, ya que deberá cargar grandes cantidades de peso.

Al no ser un trabajador sanitario, como lo es el médico o la enfermera, no ha sido preparado psicológicamente para este tipo de trabajo. De hecho, la formación académica que se le exige, es el certificado de Graduado Escolar o Graduado en ESO. Es por tanto, personal en riesgo de sufrir daños psicológicos.

El Servicio de Salud Laboral, debería formar a los celadores en aspectos de salud mental para ayudarles a identificar cualquier síntoma de alarma a este respecto.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que un Celador sea conocedor tanto de sus funciones generales, como de aquellas específicas a realizar en el lugar donde trabaja.

Hay servicios sanitarios, en los que debe realizar tareas exclusivas del mismo, que además, conllevan riesgos para su salud física y mental, de los que está exento al realizar el trabajo en otros puestos diferentes.

Es el caso de su labor a la hora de la realización de una autopsia, en la que maneja cargas de peso y es una tarea que puede afectar psicológicamente al trabajador. Esta categoría profesional, no cuenta con la preparación psicológica adecuada para enfrentar este tipo de labores.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-del-celador-en-una-sala-de-autopsias/#::text=El%20celador%20en%20la%20sala,que%20se%20llevan%20a%20cabo.>

”Papel del celador en una sala de autopsias”

Revista Sanitaria de Investigación. 24 marzo 2023 <https://revistamedica.com/papel-celadores-autopsias/>

”EL PAPEL DE L@S CELADOR@S COMO “AUXILIARES DE AUTOPSIAS””

Ocronos. Vol. IV. Nº 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº12: 55

Capítulo 639

EL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

MARÍA CONCEPCIÓN GARCIA-HERAS

1 Introducción

La labor de la categoría de Celador que trabaja en servicios sanitarios, tiene unas funciones generales a realizar. Pero además, según el puesto en el que lo hace, tiene otras más específicas, incluso únicas.

Ejemplo: en la puerta principal de un hospital, el Celador se encarga básicamente, de labores de vigilancia e información, como el control de entrada y salida de pacientes y familiares, informa de las zonas o salas a donde tienen que acudir, pero también se ocupa de que el ambiente permanezca tranquilo, ordenador, limpio y que se haga una utilización correcta de las instalaciones.

En cambio, el Celador del servicio Urgencias, centra su trabajo más en acompañar o trasladar a los pacientes a las salas donde se les va a efectuar la asistencia sanitaria que demandan.

El Celador, debería ser informado tanto de las funciones generales como de las específicas, una vez que se le contrata para el puesto en cuestión.

A continuación, vamos a exponer las funciones a grandes rasgos, de un Celador que presta sus servicios con pacientes terminales, un puesto que puede llegar a afectarle psicológicamente si no está preparado, ya que debe trabajar de una forma más cercana con estos enfermos, debido a que se encuentran en sus últimos momentos de vida.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden exponer las funciones específicas de un Celador que realiza su labor con pacientes terminales, en sus últimos días de vida.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed o Scielo y en plataformas de internet. Se ha realizado una revisión de toda la literatura encontrada, de acuerdo con el tema a tratar, se han desechado los datos menos importantes y se ha realizado el desarrollo del siguiente documento.

4 Resultados

El Celador de enfermos terminales, debe tratar a los pacientes de una forma muy personal, empática, educada, paciente y estar dispuesto a ofrecerles cualquier tipo de ayuda en el momento en que lo precisen, siempre de acuerdo a sus funciones.

El final de su vida, debe llegar de una forma digna y con todas las comodidades posibles.

Debe vigilar constantemente al enfermo, mantenerle cómodo y limpio, controlando su piel y sus constantes vitales para informar de cualquier cambio al personal sanitario.

Le ofrecerá una asistencia muy personal, evitando que se sienta solo o desatendido.

En algunas ocasiones, el dolor se puede minimizar cambiando al paciente de postura, y esto es parte del trabajo del celador. Se debe dejar claro, que a los pacientes terminales, en Cuidados Paliativos, se les debe evitar cualquier dolor o molestia, para que su partida sea más fácil para ellos y sus familiares.

El enfermo tiene que estar siempre tranquilo, sin molestias ni ruidos.

Tanto su ropa, como la ropa de cama, deben estar limpias en todo momento y las sábanas estiradas para evitar que cualquier pliegue, pueda molestarle.

En caso de que no pueda comer solo, el Celador deberá ayudarlo y darle todos los líquidos que precise para mantenerle hidratado.

Una vez llegado el momento del fallecimiento, deberá acompañar a los familiares a la habitación, mostrándose colaborador, empático y respetuoso con la situación, intentando que todo sea lo más íntimo posible.

El trabajador debe ocuparse también de que fuera de la habitación, el ambiente permanezca en silencio, para tranquilidad del enfermo.

Las visitas, serán únicamente las permitidas, aunque en el caso de enfermos terminales, se levanta un poco la mano, para que el enfermo puede despedirse de sus seres queridos.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el Celador sea conocedor de sus funciones, tanto de las generales como de las específicas al puesto en el que trabaja, pero en el caso de realizar su labor con pacientes terminales, debe saber que el trato es mucho más cercano y personal, ya que el enfermo debe sentirse cómodo, tranquilo, acompañado y atendido en sus últimos momentos de vida.

El Celador debe estar siempre dispuesto a atender al paciente en todas sus necesidades y demandas.

También, deberá tratar con los familiares antes y después del fallecimiento del enfermo, haciéndoles la despedida, al menos, íntima, cómoda y tranquila.

6 Bibliografía

<https://essaeformacion.com/actuacion-del-celador-con-pacientes-terminales>

”ACTUACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES”

ESSAE (essaeformacion.com) <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-trabajo-que-realiza-el-celador-ante-el-paciente-terminal/#::text=El%20papel%20del%20celador%20ante,al%20m%C3%A9dico%20cuando%20alguien%20muere.>

”El trabajo que realiza el celador ante el paciente terminal”

RSI. Revista Sanitaria de Investigación

31 de diciembre de 2022

Capítulo 640

EL CELADOR HOSPITALARIO: TIPOS

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

RAÚL MARTÍN GARCÍA

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

1 Introducción

La categoría profesional de Celador es la que cuenta con un número mayor de contratados en los hospitales de todo nuestro Sistema Nacional de Salud. Es decir, en la totalidad de los servicios sanitarios, puedes encontrar a un Celador.

Tiene unas funciones generales, pero según el puesto en el que presta sus servicios, tienen otras específicas y en algunos casos, únicas.

Por ejemplo, una de las funciones generales a todos los puestos de Celador, es la vigilancia y el mantenimiento de la correcta limpieza y orden, de las salas en las que trabaja.

En el caso por ejemplo, del Celador que trabaja en el Animalario de un hospital, una de las características únicas de su labor, es que no está en contacto con pacientes, sino al cargo de la limpieza, alimentación y cuidado de las especies animales que allí se encuentran, sujetos imprescindibles en la investigación científica y en avances en cirugías complejas.

El Celador del servicio de Urgencias, se ocupa mayormente, del acompañamiento y traslado de pacientes a las dependencias donde van a ser tratados, sanitariamente hablando.

Es muy importante que sea conocedor de todas sus funciones, para la realización eficaz de su trabajo.

A continuación, vamos a enumerar, brevemente, algunos de los puestos donde realiza su trabajo el Celador hospitalario.

2 Objetivos

Enumerar brevemente algunos de los puestos en los que presta sus servicios la categoría profesional de Celador y algunas de sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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

Tipos de celadores:

- Celador de puerta: se encarga de la vigilancia de entradas y salidas al hospital de pacientes y resto de usuarios. Les indica hacia donde se deben dirigir. Debe vigilar que su zona de trabajo, permanezca en orden, limpieza y silencio.
- Celador de Urgencias: acompaña o traslada a los enfermos a las dependencias donde van a ser diagnosticados, tratados o donde se les van a realizar pruebas.
- Celador de planta: realiza el traslado de pacientes, ayuda a los sanitarios en labores de cambios posturales, aseo y alimentación de los pacientes.
- Celador de quirófano: realiza traslado de los pacientes a la mesa de operaciones, a la sala de recuperación, se encarga del cambio de mobiliario, de cambios posturales en colaboración con los sanitarios, de ofrecer instrumental que le sea requerido y de todo aquello que se le demande, dentro de sus funciones.
- Celador de Rehabilitación: también se encarga del traslado de pacientes que no se sirvan por sí mismos, de ayudarles en sus ejercicios de Rehabilitación, en los

cambios posturales y en todo lo que le sea demandado por parte de los sanitarios.

- Celador de Necropsias: es el encargado de distintas acciones antes, durante y después de la autopsia de un paciente fallecido. Se encargará también de la limpieza de la mesa de operaciones, del aparataje y de todos los utensilios utilizados en el proceso. Traslada las muestras recogidas a los distintos laboratorios y de adecuar al fallecido, aseándolo y rellenando las partes huecas para entregárselo a los familiares.
- Celador de UVI: al igual que en muchos de los puestos anteriores, traslada a los pacientes, pero también realiza cambios posturales y participa en la higiene de los mismos.
- Celador de enfermos terminales: aquí su labor es más personal, ya que acompañará al paciente en sus últimos momentos de vida y debe hacer que esté lo más cómodo, tranquilo y atendido posible.
- Celador de animalario: se encarga de todo lo referente al cuidado, limpieza y mantenimiento de los animales y las dependencias en las que se encuentran.

5 Discusión-Conclusión

La categoría profesional de Celador, bajo una misma denominación, tiene unos puestos muy diversos en los que realiza su labor, así como unas funciones generales, pero también específicas en cada servicio en el que trabaja.

Debe ser conocedor de todas sus labores a realizar y de que tendrá que colaborar con otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros/as.

Se ocupará no sólo de pacientes, sino también de documentación tanto personal como sanitaria, de pertenencias de los mismos, de la vigilancia de las instalaciones donde trabaja y de todo aquello que le sea demandado, siempre y cuando esté dentro de sus funciones.

6 Bibliografía

<https://www.formacioncarpediem.com/blog/tipos-celador-en-la-sanidad/>

"Tipos de celador en la sanidad"

Carpe Diem. 10-01-2022 <https://revistamedica.com/celadores-tipos-funciones/>

"CELADORES: TIPOS Y FUNCIONES POR ÁREAS"

Ocronos. Vol. IV. Nº 10–Octubre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº10: 204

Capítulo 641

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS FUNCIONES EN LA UCI

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

1 Introducción

El Celador de un centro hospitalario, puede realizar su labor en diferentes lugares. Sus funciones generales son las mismas, pero según la parte en la que realizan su labor, tienen otras específicas, especiales y algunas veces, únicas.

En puestos como en el Animalario, presente en muchos hospitales, se encarga del cuidado de los animales que van a utilizarse en la investigación médica y en la realización y práctica de cirugías complicadas. Es decir, no tiene contacto alguno con el paciente.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) es el servicio hospitalario en el que se atiende a pacientes con enfermedades graves o pacientes en estado crítico.

Este tipo de pacientes deben permanecer vigilados en todo momento, algo que en otros servicios sanitarios no puede garantizarse.

El objetivo de este servicio hospitalario es tratar la enfermedad o lesión que sufre el enfermo, prevenir complicaciones adicionales y mejorar su estado de salud. En este área, prestan sus servicios médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería y celadores.

Las personas que trabajan aquí, tienen una presión física y mental extra, con la que no cuentan en otros servicios, ya que los pacientes que se encuentran en UVI, requieren de una total vigilancia y su estado de salud es preocupante.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente, algunas de las funciones del Celador que realiza su labor en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Celador que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos, también llamada Unidad de Vigilancia intensiva, tiene las siguientes funciones:

- Traslada al paciente desde su posición de origen (planta hospitalaria, servicio de Urgencias, etc.), hasta la planta de UCI y procederá a colocarlo en el BOX correspondiente, comprobando que lleva consigo toda la documentación necesaria y los enseres particulares.
- Traslado del paciente a las salas donde se le realizarán pruebas diagnósticas, asegurándose de que el aparataje, el oxígeno y todo aquello que deba asistir al paciente, vaya anclado a la cama.
- Ayudar a los sanitarios en los cambios posturales del paciente, así como en la higiene del mismo y en cualquier cambio en el mobiliario, para mayor comodidad de movimiento. Para ello, deberá ser conocedor de todas las posturas de un paciente que permanece en cama (decúbito supino, prono, lateral, etc.) y realizar

los cambios con la delicadeza y el cuidado suficientes para no causarle daño o molestia.

- Debe vigilar las entradas y salidas de personal y, una vez llegada la hora de visita a los enfermos, comprobar que todos los familiares, se pongan mascarilla, bata, calzas, gorros, etc., todo desechable para salvaguardar la salud del paciente
- En caso de que se le realicen radiografías con aparataje portátil al paciente, retirará todo el mobiliario necesario para que el Técnico de Rayos realice su labor sin obstáculos.
- Se encargará de trasladar a los laboratorios las muestras extraídas a los pacientes para su análisis.
- Todo aquello demandado por los sanitarios, siempre dentro de las competencias del Celador.

Por el tipo de enfermo que se encuentra en este servicio, la carga tanto física como emocional para el Celador, es mucho más elevada que en otros puestos en los que trabaja. La tasa de decesos en UVI, es notablemente más alta que en el resto de plantas de hospitalización. Es por lo que el Celador, debe estar preparado y ante cualquier síntoma de estrés o depresión, solicitar ayuda médica para no llegar a desarrollar enfermedades psicológicas.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas de un Celador en general, son las de vigilancia, mantenimiento de orden y limpieza de las salas en las que trabaja y contacto con los pacientes.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente es mucho más dependiente y requiere de una vigilancia las 24 horas del día, cosa que no ocurre en otras plantas de hospitalización.

El Celador realizará tareas de movilidad con el paciente, en colaboración con los sanitarios.

También se encarga del traslado del enfermo a las diferentes salas donde se le van a realizar pruebas diagnósticas.

Como en otros puestos, se debe encargar también de la vigilancia de entrada y salida de todo el personal autorizado y de los familiares en horario de visita.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

”El celador en la unidad de cuidados intensivos”

RSI Revista Sanitaria de Investigación. 31 diciembre 2022 <https://revistamedica.com/celador-cuidados-intensivos/>

”EL CELADOR DE UCI”

Ocronos. Vol. V. Nº 6–Junio 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº6: 83

Capítulo 642

EL CELADOR Y SU CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS

ENCARNA LOPEZ CABALLERO

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

RAÚL MARTÍN GARCÍA

MARÍA BERNARDA DOMENECH BUELE

MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MARCOS

1 Introducción

El paciente que pasa largo tiempo en cama, puede sufrir daños en el sistema cardiovascular como por ejemplo, tromboflebitis, trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, etc.

El sistema respiratorio, también puede ir deteriorándose, aumentando el riesgo de sufrir infecciones.

Debido a la contención urinaria, es habitual que se desarrollen complicaciones en el sistema urogenital.

En cuanto al sistema musculoesquelético, el paciente puede sufrir contracturas, rigidez articular y otros problemas musculares que dificulten el movimiento del paciente una vez recuperado.

En la piel pueden aparecer escaras por presión si no se cambia frecuentemente al paciente de posición, por incontinencia urinaria o por defecación.

Debido a la falta de estímulos externos, el paciente podrá sufrir deterioro cognitivo, privación sensorial, síndrome confusional, pérdida de atención y alteración del sentido del equilibrio.

Por ello, es muy importante que al paciente encamado se le realicen cambios posturales a menudo.

De ello, se encargan los sanitarios ayudados por el trabajador de la categoría profesional de Celador.

Este trabajador debe conocer todos los tipos de posturas, la forma de realizarlos a un paciente inmóvil de una forma adecuada, sin ocasionarle dolor o molestia alguna.

También tiene que tener nociones de ergonomía, ya que al cargar con peso, si no realiza las operaciones de una forma correcta, perjudicará su salud física.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente, los principales tipos de posiciones anatómicas que debe conocer un Celador, a la hora de manejar a un paciente inmovilizado.

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

Tipos de posiciones anatómicas que debe conocer el Celador hospitalario:

- Decúbito supino o decúbito dorsal: boca arriba, con extensión de brazos y piernas, rodillas ligeramente flexionadas para garantizar la rectitud de la columna, los pies en ángulo recto y los talones sin tocar la cama.
- Decúbito lateral: recostado sobre el lado derecho o el izquierdo.
- Decúbito prono o decúbito ventral: boca abajo, el cuello en postura neutra, brazos extendidos y pegados al cuerpo con las palmas de las manos hacia abajo, piernas extendidas y pies en flexión de forma neutra.
- Semifowler: semisentado en ángulo de 30°.

- Fowler: semisentado en ángulo de 45°.
- Fowler alta: sentado formando un ángulo de 90°.
- Trendelenburg: decúbito supino, con una inclinación de 45°, estando la cabeza más baja que los pies.
- Morestin: la misma que la anterior pero con la cabeza más alta que los pies.
- Sedestación: sentado con los pies colgando.
- Genupectoral: de rodillas sobre la superficie, con el tronco hacia delante, los brazos cruzados y apoyados y la cabeza entre ellos.

El Celador debe ser conocedor de todas y cada una de estas posiciones anatómicas y de como realizarlas junto con su compañero sanitario, con cuidado de no causar daño o molestia al paciente.

Este tipo de acciones se realizan en plantas de hospitalización en enfermos de larga estancia, en la Unidad de Cuidados Intensivos, en hospitales de pacientes con lesiones en la columna vertebral o en la médula espinal, etc.

El servicio de Salud Laboral de las gerencias hospitalarias debería educar a los celadores en este sentido, ya que la formación académica mínima requerida para ser contratado como Celador, es el certificado de Graduado Escolar y Graduado en ESO, no habiendo adquirido conocimientos sanitarios ni de ergonomía.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que el Celador sea conocedor de las diferentes posiciones anatómicas y saber cambiar a un paciente de unas a otras, ya que tendrá que ayudar al personal sanitario en su movilización.

También deberá tener nociones de ergonomía para que su labor diaria, no le cause daño a su sistema musculoesquelético, que pueda derivar en lesiones o enfermedades importantes.

Son las gerencias hospitalarias y los servicios de Salud Laboral, los que deberían encargarse de esa formación y proteger a los trabajadores de posibles lesiones. Pero en estos temas, es el trabajador el que se encarga de aprender y de forma voluntaria.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-importancia-cambios-posturales-encamados/>

"EL CELADOR Y EL PACIENTE ENCAMADO, CAMBIOS POSTURALES"

Ocronos. Vol. V. Nº 12–Diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº12: 2.2
<https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/complicaciones-enfermos-cama#:text=Pueden%20aparecer%20contracturas%2C%20rigidez%20articular,p%C3%A9rdida%20de%20control%20de%20esf%C3%ADnteres>.

”Complicaciones de enfermos que pasan mucho tiempo en cama”

Sanitas <https://revistamedica.com/posiciones-anatomicas-paciente-traslado-ambulancia/>

”POSICIONES ANATÓMICAS DEL PACIENTE EN EL TRASLADO EN AMBULANCIA”

Servicios Generales/ Celadores. 18/02/2020

Capítulo 643

EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES A REALIZAR EN ALMACÉN

ELENA SÁNCHEZ LLANOS

JOSE ANDRES BRAVO FERNANDEZ

ALICIA SÁNCHEZ LLANOS

MARÍA SOLEDAD RUIZ MOLERO

FERNANDO JAVIER CANO GÓMEZ

1 Introducción

El Celador que trabaja en servicios sanitarios, realiza diversas funciones y muy diversas.

Las funciones de vigilancia de estancias para que permanezcan en orden y limpieza y que se haga un uso correcto de todo lo que en ellas se encuentra, es general a todos los puestos en los que realiza su labor.

Pero en otras zonas o servicios del hospital, realizan labores muy diferentes, incluso únicas.

Por lo general, el Celador está en contacto directo con el usuario/paciente/enfermo, pero por ejemplo, el que trabaja en el Animalario, con quién trata y a quien cuida, es a los animales que son parte fundamental

en la investigación para el avance en medicina y en cirugías complicadas o experimentales.

Se encarga de su alimentación, su aseo, la limpieza de su entorno y de su traslado a las diferentes dependencias para la realización de pruebas.

En el servicio de Medicina Paliativa, el Celador tiene una relación muy personal con el paciente, ya que las instituciones sanitarias, deben garantizar que el final de la vida de los enfermos, sea lo más cómoda y tranquila para ellos, sin molestias y sin dolores, a ser posible. También, trata con los familiares de estos enfermos, en una etapa muy dura para ellos.

A continuación, vamos a explicar brevemente, las funciones del Celador que trabaja en el almacén de un hospital.

2 Objetivos

Enumerar y explicar brevemente, las funciones básicas que debe realizar un Celador que trabaja en el almacén de un 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

Un hospital tiene varios tipos de almacenes, según a quien van dirigidos los materiales.

El almacén de Farmacia, el de material clínico fungible, el de material quirúrgico y aparataje y el de lencería (ropa de los enfermos durante su estancia) está relacionado con los pacientes.

El almacén de papelería, de lencería de empleados y de mantenimiento, tienen que ver con el funcionamiento del centro en el que trabaja.

Las principales funciones del Celador en el almacén son:

- Recibimiento de mercancías, comprobando que el número de bultos coincide con los reflejados en el albarán. También comprobará que todos los paquetes,

hayan llegado en perfectas condiciones.

- Deberá abrir todos los paquetes, comprobar también que todo lo que en ellos se encuentra, esté detallado en el ya nombrado albarán
- Colocará todos los productos y materiales recibidos en el mobiliario de almacenamiento correcto.
- Comprobará que la documentación recibida por el vendedor, tiene todos los datos necesarios como nombre de la empresa, CIF, firma del vendedor, etc. Es muy importante que preste atención a las fechas de fabricación y caducidad, si la hubiere, de todo lo recibido.
- Separará los suministros por plantas o servicios médicos, para posteriormente realizar su traslado.

Preparar y distribuir los suministros internos a las distintas plantas y servicios

- Realizará tanto los inventarios diarios de los materiales, como los periódicos y anuales.
- En caso de encontrar anomalías, informará de inmediato a sus superiores.

El Celador debe tener siempre claras sus funciones, tanto las generales como las específicas de los servicios donde realiza su labor.

Son las gerencias hospitalarias las que deberían informarles de sus tareas, pero en muchas ocasiones, el Celador llega con total desconocimiento de las mismas y son los propios compañeros o superiores, los que se tienen que encargar de darle esta información, de una forma voluntaria y sin ninguna compensación económica por parte del hospital, como por ejemplo, incentivos por Docencia.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que el Celador tenga conocimiento de cuales son sus funciones generales. Trabaje en el puesto que trabaje, estas serán las mismas.

Pero hay otras que sólo se realizan en ciertos servicios y no están definidas dentro de las generales.

Suele pasar que cuando el Celador entra a trabajar en un hospital, en un puesto concreto, desconoce las tareas a realizar.

El almacén de un hospital es una parte importante del mismo, porque se encarga de la reposición de todos los materiales, utilizados para la correcta asistencia sanitaria a los enfermos.

El Celador de almacén tiene que ser conocedor de todas sus labores en este servicio, para poder realizar un trabajo eficaz.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-26-el-celador-en-el-servicio-del.html>.
2. "Tema 26. El Celador en el Almacén. Suministros Hospitalarios"
Celadores Online de Instituciones Sanitarias. <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
3. "FUNCIONES Y TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN HOSPITALARIO"
Ocronos. Vol. IV. Nº 4–Abril 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº4: 120.

Capítulo 644

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO Y LOS PROBLEMAS EN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES POR EL USO DE MASCARILLA

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

EVA MARIA LOBATO DIAZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La COVID-19, también llamada coronavirus, es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, que inicialmente llamaron "neumonía de Wuhan", ya que los primeros casos se registraron en esa ciudad china.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud, declara la enfermedad como pandemia.

El virus se contagia de unas personas a otra, mediante la exhalación de partículas respiratorias, muy pequeñas, infectadas de COVID-19. Expulsamos secreciones al respirar, hablar, exhalar, cantar, toser, estornudar, gritar, etc.

Las personas que tenían conocimiento de estar infectadas, debían aislarse totalmente, para evitar contagiar al resto de personas de su alrededor.

Pero en caso de personas asintomáticas, es decir, que no desarrollaran los síntomas generales de estar infectados del virus, o aquellas personas que no tenían conocimiento de ser positivas, una de las medidas más importantes para minimizar los contagios, fue el uso obligatorio de las mascarillas en todos los ámbitos y el mantenimiento de la distancia de seguridad mínima de metro y medio.

Las mascarillas debían tapar al completo nuestra boca y nariz, es decir, la mitad de nuestra cara y con ello, gran parte de la expresión de la misma al interactuar con los demás.

Esto ha complicado la fluidez en la comunicación personal.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar las dificultades del uso de la mascarilla a la hora de la comunicación entre el Auxiliar Administrativo y el usuario/paciente.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y títulos en revistas científicas, en internet y en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

Se ha hecho una revisión de todos los datos, se han eliminado los menos relevantes y se ha llegado al desarrollo del siguiente escrito.

4 Resultados

Para poder comunicarnos debe existir un emisor, un receptor y un mensaje. La comunicación debe ser fluida y tener una estructura bien definida, para llegar a un entendimiento.

Los movimientos gestuales, ayudan en gran parte en esa comunicación, pero el uso de la mascarilla, ha hecho que se reduzcan en gran medida.

Del mismo modo, muchas personas que sufren de hipoacusia, al tener la necesidad de leer los labios para poder comunicarse, se han visto obstaculizados a la hora de interactuar con los demás.

La primera persona que nos atiende cuando acudimos por ejemplo al servicio de Urgencias, es el Auxiliar Administrativo que se encarga de nuestra toma de datos

y nuestra inclusión en el sistema sanitario.

Debido al uso de la mascarilla, es mucho más difícil el trato con el paciente, al que se le tienen que realizar preguntas sobre sus datos o la razón por la que acude a demandar asistencia sanitaria.

Normalmente, a Urgencias llegamos nerviosos o preocupados por un problema de salud y la falta de comunicación o una comunicación deficiente, puede provocar irritabilidad y provocar conflictos.

El Auxiliar Administrativo hospitalario, debe ser consciente de todas estas dificultades, tener paciencia y empatía, pronunciar las palabras con más énfasis y elevar el tono sin llegar a gritar.

Cuando el uso de las mascarillas empezó a ser un problema importante en los hospitales, el CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas técnicas) elaboró el llamado Cuaderno de Apoyo al Paciente, unos tableros comunicativos mediante pictogramas con textos, para hacer más fácil la interacción, sobre todo con usuarios/pacientes con problemas de audición.

Desde la declaración de la COVID-19 como pandemia, se ha notado un aumento considerable en el número de agresiones a personal, tanto sanitario como no sanitario, que trabaja en los hospitales y gran parte de la culpa es la falta de comunicación fluida.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es imprescindible en todos los ámbitos y el uso obligatorio de la mascarilla, ha obstaculizado esa comunicación.

Cuando una persona llega a Urgencias, nervioso, preocupado e intenta explicar al personal que le acoge la dolencia o los síntomas que tiene, al dar los datos y al responder a sus preguntas, si la comunicación no es lo suficientemente fluida, pueden darse situaciones incómodas, molestas y hasta llegar a ser un problema. El uso de la mascarilla y la distancia de seguridad, ha empeorado de una forma muy importante la comunicación entre el Auxiliar Administrativo y el usuario/paciente que acude al servicio de Urgencias.

Desde la declaración de la pandemia, se ha disparado el número de agresiones, físicas y verbales, al profesional que trabaja en hospitales, tanto sanitarios, como no sanitarios.

6 Bibliografía

1. https://www.diariodesevilla.es/sociedad/como-afecta-uso-mascarilla-comunicacion_0_1647135780.html.
2. "¿Cómo afecta el uso de la mascarilla a la comunicación?"
Diario de Sevilla. 13 de enero de 2022 <https://oa.upm.es/70222/>.
3. "Valoración del efecto de la mascarilla en la comunicación oral en castellano"
Archivo Digital UPM. Universidad Politécnica de Madrid. Julio de 2021.

Capítulo 645

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON LOS PACIENTES/USUARIOS

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La atención hospitalaria telefónica es tan importante como la presencial. Debido a la COVID-19, la asistencia sanitaria más utilizada ha sido la telefónica, para evitar contagios por el virus. Todo aquello que se pudiera realizar de forma telefónica, ayudaba a garantizar una menor propagación del virus.

Este tipo de comunicación es más impersonal, ya que las expresiones gestuales quedan anuladas, tanto de una parte como de otra.

El Auxiliar Administrativo, ha pasado a realizar un 95% de su trabajo, de una forma telefónica.

Hay que destacar, que desde el comienzo de la pandemia, toda la sociedad ha sido sometida a un estrés importante debido a los contagios, a los fallecidos por el

virus, a la falta de información al ser una enfermedad nueva, al verse confinados en sus casas, etc.

Al retirarse el trato personal, el usuario o paciente, se ha llegado a sentir infravalorado por los servicios sanitarios, incluso anulado, con lo cual la interacción entre ellos y el personal que trabaja en los hospitales, ha sido tensa y en algunas ocasiones, se han generado problemas, conflictos y discusiones.

El personal tanto sanitario como no sanitario de los centros hospitalarios, ha visto como el número de agresiones tanto verbales como físicas, se ha elevado de una forma alarmante.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende explicar la importancia de una buena comunicación telefónica para llegar al buen entendimiento con los usuarios o pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo primero que tiene que pensar el Auxiliar Administrativo hospitalario a la hora de realizar o recibir una llamada telefónica, es que el interlocutor tiene alguna preocupación o problema de salud y que está esperando ser atendido lo antes posible.

Al realizar una llamada, el trabajador debe saludar de una forma cordial, nombrar el servicio o el centro desde el que llama, preguntar por la persona con la que quiere hablar y exponer el motivo de la llamada.

Al finalizar esta, se despedirá con educación y siempre agradeciendo al interlocutor su atención.

Cuando se reciben llamadas, debe responderse lo antes posible, ya que a mayor número de tonos, la impaciencia del usuario se eleva.

Actuaremos nombrando el servicio sanitario en el que estamos trabajando, dando los buenos días, buenas tardes, etc., y comenzando la comunicación mostrando interés por ayudar en todo momento.

La información que demos debe ser clara, concisa y centrada, es decir, debemos evitar dar rodeos que puedan hacer que la comunicación sea ineficaz. La vocalización y el tono de voz, son muy importantes.

Debemos eliminar de nuestro vocabulario, todas aquellas expresiones que denoten negatividad, puedan molestar al interlocutor o le puedan hacer pensar que no estamos interesados en ayudarlo.

Cuando notemos que el paciente está confuso, nunca deberemos utilizar expresiones como "no me ha entendido", sino alguna del tipo "no me he expresado bien".

En muchas llamadas telefónicas, las fechas son muy importantes pero nunca, si no estamos seguros, daremos fechas exactas, sino podremos decir "en un plazo de...", ya que crearemos falsas expectativas.

Se recomienda no utilizar palabras como "problemas", ya que en el cerebro del interlocutor, aparecen como un obstáculo importante en aquello en lo que demanda. Sustituirlo por "consejos, soluciones, preguntas" es mucho más efectivo. En caso de que la conversación vaya adquiriendo tensión, expresiones como "no es culpa mía", "no es problema mío", "yo no puedo hacer nada", empeorarán el problema. Sustituir esto por "me ocupo personalmente de ello" o "haré todo lo posible que esté en mi mano", ayudarán en la conversación.

El Auxiliar Administrativo debe tener habilidades sociales y tener conocimiento de cómo llevar una conversación en la que se demuestren las ganas de ayudar, mejorar y resolver problemas.

5 Discusión-Conclusión

Las llamadas telefónicas restan cercanía a la comunicación, ya que las expresiones gestuales que son de gran ayuda, se pierden.

El Auxiliar Administrativo que trabaja en los hospitales, ha visto su labor aumentada exponencialmente al trato con el paciente de forma telefónica.

Debe contar con habilidades sociales y saber qué expresiones puede y no debe utilizar, para que la comunicación sea fluida, no moleste ni confunda al usuario y que éste sienta en todo momento, que estamos dispuestos a ayudarlo.

El trabajador debe ser consciente de que representa al Sistema Sanitario de Salud y que todo lo que haga o diga, mejorará o empeorará la visión que se tiene del mismo.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-personal-no-sanitario/>.
2. "LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL PERSONAL NO SANITARIO EN EL SERVICIO DE SALUD".
Ocronos. Vol. III. Nº 7– Noviembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº7:75
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-incorporacion-atencion-telefonica-oferta-S1138359321001362>.
3. "La incorporación de la atención telefónica a la oferta de atención primaria y sus efectos sobre la salud y la satisfacción de los pacientes: propuesta"
Vol. 48. Núm. 2. Páginas 129-136 (Marzo 2022).

Capítulo 646

UNA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE CALIDAD

ZAIRA OUTEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Definimos paciente como toda persona que espera de los profesionales de la salud y de las instituciones una disposición a prestarle la ayuda que necesite en casos de emergencia así como en todo tipo de cuidados médicos tanto físicos como mentales.

Estos servicios parten desde la prevención, continuando por el tratamiento, manejo y acompañamiento de la enfermedad. Por lo tanto la atención al paciente debe ser universal, accesible, integral y longitudinal, es decir, debe haber un seguimiento a lo largo del tiempo.

El punto inicial de la relación entre profesional sanitario y paciente comienza con la llegada de la persona enferma al centro de salud. En ese momento, cualquier acción es clave para conseguir un vínculo satisfactorio y de confianza. Es un momento determinante donde se le puede transmitir tranquilidad o nerviosismo, seguridad o incomodidad.

En los últimos tiempos existe un descontento respecto a la calidad de dichos servicios. Por una parte un gran número de ciudadanos considera que no se siente “bien atendido” cuando acude a un centro sanitario. Muchos se quejan de falta de amabilidad, empatía y comprensión por parte de algunos profesionales, por tener un trato demasiado distante, con un lenguaje poco clarificador, lo que produce una falta de confianza en la persona. Y por otra parte, abunda el descontento sobre las listas de espera y los escasos tiempos en consulta que se estilan en muchos centros.

España es reconocida por tener uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, sin embargo, algunas encuestas reflejan que alrededor del 40% de los pacientes, se sienten insatisfechos por la falta de empatía y el “poco tacto” recibido por parte del personal sanitario.

La atención al paciente debe darse de la mejor forma posible entre el profesional y el usuario. Un trato cercano, sincero y humano hace que dicho paciente se sienta seguro y satisfecho. Así como que la información acerca de diagnósticos sea clara y precisa. Algunos pacientes se van a casa con la sensación de no haber entendido las explicaciones de su médico.

También cabe mencionar la importancia de una buena organización por parte de los directivos y por lo tanto de las administraciones, es claramente una parte esencial para que exista una buena calidad de atención asistencial.

La atención primaria se devalúa en todo el país a pasos agigantados, a raíz de la pandemia del COVID19 se ha acentuado. Es una situación muy preocupante, con grandes problemas de demoras, falta de profesionales sanitarios y de presupuestos.

Se recomienda que la ratio máxima en medicina de familia sea de 1.500 personas, 1.000 en el caso de enfermería, y entre 900-1.000 en pediatría.

Sin embargo comunidades como por ejemplo Baleares tienen una media de 1.805 pacientes por médico, Melilla 1.641 pacientes, Madrid 1.570 etc.

Y según afirmaciones de algunos médicos de familia siempre han trabajado en volúmenes de 1800-2000 pacientes, lo que revela que los datos recogidos no se ajustan totalmente a la cruda realidad.

De acuerdo con el barómetro sanitario publicado en junio de 2022, la media en España para poder tener una cita en atención primaria fue de 8,8 días, algo excesivo.

En Ceuta un total de 793.521 pacientes estaban en lista de espera para operarse en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el segundo semestre de 2022, lo que representa un aumento de un 12,28% respecto al mismo semestre del año anterior, según el último informe de listas de espera publicado por el Ministerio de Sanidad. Mientras que el tiempo para ser atendido por un especialista se situó en 95 días de media, lo que representa una diferencia de 16 días en relación al semestre anterior.

2 Objetivos

Conocer las maneras de medir la satisfacción del paciente respecto a la atención asistencial de calidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante los últimos años existen diferentes instrumentos a través de los cuales se intenta medir la satisfacción del paciente como parte fundamental de los resultados de la asistencia sanitaria. Entre los instrumentos utilizados en los últimos tiempos para medir la calidad asistencial se encuentra el modelo SERVQUAL, que define la calidad como la diferencia que existe entre las expectativas y la percepción del “cliente”.

Una de las adaptaciones de este modelo en el ámbito de la salud es SERCAL, tras el resultado de diferentes investigaciones se ha visto que lo que se valora es la accesibilidad, el confort, la personalización, la garantía que se ofrece y la fidelidad con el centro sanitario.

Es imprescindible partir de esta visión del paciente para conocer su opinión sobre el servicio, pero no es posible mejorar la calidad de la atención sin la participación de los profesionales. Una organización no sólo ha de tener en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios. Si desea mejorar debe también prestarse a los intereses de los profesionales, es decir, hay que cuidar a quién nos cuida.

La importancia de una buena organización por parte de los directivos y por lo tanto de las administraciones públicas, es claramente una parte esencial para que exista una buena calidad de atención asistencial.

Actualmente, lo que prima en el sistema es estirar al máximo los presupuestos, que se atienda sin demoras, la escasez de personal y por tanto una excesiva carga de trabajo en los profesionales, etc., lo que repercute en el síndrome del “trabajador quemado” y a su vez en esa relación médico-paciente, puesto que el profesional tampoco está satisfecho ni trabaja en las condiciones óptimas para dar lo mejor de sí.

5 Discusión-Conclusión

Cuanto más participan los profesionales de la salud en temas de gestión y organización, mejores son los resultados de calidad y eficiencia. ¿Quién mejor que los que interactúan con los pacientes diariamente para lograr aglutinar la excelencia clínica y el manejo de esos procesos de gestión?.

Una mayor inversión económica por parte de las administraciones es evidente que resolvería gran parte de la problemática del modelo sanitario que tenemos hoy en día.

El sistema sanitario público es un tema que preocupa y mucho actualmente en la sociedad. Se desangra a pasos agigantados. Para mejorar la eficiencia y eficacia en la asistencia sanitaria necesitamos una mayor voluntad política por parte de los gobernantes.

6 Bibliografía

1. <https://www.salesforce.com/mx/blog/2021/11>.
2. <https://lantia.es/es/blog/insatisfaccion-pacientes>.
3. <https://www.epdata.es/datos/listas-espera-sanidad-publica/24/espana/106>.
4. <https://civio.es/medicamentalia/2022/11/24/atencion-primaria-espana-presion-asistencial>.
5. <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-pacientes-calidad-losservicios-13039050>.
6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-reto-cronicidad-espana-mejor-articuloS0213911115000990>.

Capítulo 647

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y SU LABOR EN FARMACIA

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

En los hospitales toda la asistencia sanitaria, los datos personales de los pacientes, las pruebas diagnósticas, las citas, los tratamientos y todo lo que se realiza a los usuarios, quedan documentados para futuras necesidades y para ser utilizados en la investigación médica y científica.

El encargado de la realización de este trabajo, de suma importancia, es el Auxiliar Administrativo.

Una de las instalaciones que debe estar presente en todos los hospitales, es la unidad de Farmacia Hospitalaria, cumpliendo con los requisitos mínimos exigidos por ley.

Su función es la de tener a disposición de los pacientes, toda aquella medicación que les sea prescrita por los profesionales sanitarios, tanto de forma hospitalaria como ambulatoria.

Debido al tipo de productos con los que se trata, se deben realizar labores concienzudas de control del stock.

En este servicio, el Auxiliar Administrativo no tiene un trato directo con el paciente, no gestiona citas, no tiene que informar a los usuarios, sino que su labor es más parecida a la que se realiza en un almacén, pero con la importancia de que lo que aquí se almacena, es muy necesario para el tratamiento de enfermedades, en cirugías y tratamiento de personas con problemas de salud.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden enunciar, a grandes rasgos, las funciones del Auxiliar Administrativo en la unidad de Farmacia Hospitalaria.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como PubMed o Scielo y en plataformas de internet. Mediante revisión, se han desechado los datos menos importantes, tomado los más relevantes y se ha llegado a la redacción del siguiente documento.

4 Resultados

Labores generales del Auxiliar Administrativo que trabaja en Farmacia Hospitalaria:

- Todo aquello que ha sido solicitado mediante la intranet por las unidades de hospitalización, como por ejemplo, medicamentos, envases en monodosis, etc., que se encuentran en la unidad de Farmacia Hospitalaria, será dispensado por el Auxiliar Administrativo y trasladado a los servicios hospitalarios.
- Envío a Dirección Médica de todos los justificantes de compras y los datos presupuestarios del servicio en el que trabaja.
- Digitalización de toda la documentación referente a la compra de todos los productos necesarios en la unidad en la que trabaja.
- Se encarga de realizar los pedidos de todo lo necesario que debe estar en stock, de su seguimiento, de su recepción, comprobará que todo lo solicitado y recepcionado coincide con lo que aparece en los albaranes y que todo ha llegado en perfecto estado. Siempre, siguiendo las instrucciones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

- Realizará y emitirá los informes oportunos del uso de medicamentos por parte del hospital en el que trabaja, diferenciados según servicios médicos, de enfermería, laboratorios, patología, etc.
- En caso de encontrar anomalías en el uso o distribución de medicamentos, ver alteraciones en el stock o un mal uso de los productos farmacológicos, deberá informar de inmediato a sus superiores y a Dirección Médica.

Es decir, el Auxiliar Administrativo, como trabajador de gestión, es parte importante en las actividades que se realizan en Farmacia Hospitalaria entre las que se encuentran la distribución de medicamentos, la actividad farmacocinética de las plantas de hospitalización, la realización de fórmulas magistrales, elaboración de dietas parentales, el control de los botiquines que deben estar en todas y cada una de las plantas y servicios de los hospitales, etc.

5 Discusión-Conclusión

La Farmacia Hospitalaria es una parte esencial de los hospitales. Esta unidad se encarga de proveer a todas las plantas de hospitalización y a los servicios sanitarios, de la medicación que se administrará a los pacientes, tanto de los que se encuentren ingresados, como los que sean atendidos de forma ambulatoria. El encargado de la gestión documental de todas las actividades que se realizan en esta unidad, es el Auxiliar Administrativo.

Este trabajador debe ser conocedor de sus funciones y de los programas y aplicaciones informáticas a utilizar en su labor.

Debe ser consciente de que cualquier anomalía, falta de control o error en los inventarios, puede tener consecuencias graves directamente en los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-auxiliar-administrativo-unidad-farmacia-hospitalaria/>.
2. "LA LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RESPECTO A LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA"
Ocronos. Vol. V. N° 9–Septiembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°9: 203.
3. <https://www.kapitalinteligente.es/que-es-la-farmacia-hospitalaria/>
"Qué es la farmacia hospitalaria?". Kapital Inteligente. 22 octubre 2019.

Capítulo 648

EL CELADOR HOSPITALARIO Y EL PACIENTE AGRESIVO

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

La categoría profesional de Celador, es la que tiene el mayor número de trabajadores contratados en Sanidad.

Tiene unas funciones generales pero según el servicio o centro hospitalario donde las ejerza, tiene otras específicas y, a veces, muy diferentes.

Por ejemplo, el Celador que trabaja en el Animalario, se ocupa de todo lo referente al cuidado de los animales que allí se encuentran, de su higiene y de que su estancia no les estrese. No tiene contacto con pacientes.

En el servicio de Urgencias, es el encargado de acompañar o trasladar a los pacientes a las distintas dependencias donde van a ser atendidos.

Debe tener conocimientos de ergonomía, tanto para realizar la elevación de peso, como para el traslado del paciente tanto en silla de ruedas, como en camilla o cama.

Pero también, debe contar con habilidades sociales para una correcta comunicación con el usuario/paciente.

Al servicio de Urgencias, solemos acudir nerviosos, preocupados e impacientes, debido a nuestro problema de salud y al deseo de que sea solventado a la mayor brevedad posible. De hecho, llegamos a pensar que nuestra afección, es mucho más grave de la que puedan tener los demás, pareciéndonos incorrecto hasta el sistema de triaje de los hospitales.

2 Objetivos

Mostrar los tipos de pacientes conflictivos que acuden al servicio de Urgencias y la forma de tratar con ellos para minimizar el problema.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos y títulos en revistas científicas, en internet, en bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

Se ha hecho una revisión de todos los datos, se han eliminado los menos relevantes y se ha llegado al desarrollo del siguiente escrito.

4 Resultados

En el servicio de Urgencias, pueden acudir varios tipos de usuarios/pacientes conflictivos.

Por ejemplo, el demandante o aquel que solicita pruebas, análisis o terapias que considera necesarias, sin un diagnóstico previo por parte de un profesional médico.

También tenemos al que rechaza cualquier procedimiento que los sanitarios crean oportuno realizarle para su patología, incluso a veces, se niegan a su ingreso en planta de hospitalización.

El agresivo que no tiene problemas mentales, es aquel que agrede de forma verbal o física, de una forma habitual y que pueden llegar a considerar, incluso normal. Luego está aquel que acude en repetidas ocasiones o insistentemente a Urgencias, sin patología importantes o síntomas graves.

El litigador es el que cuando algo le parece mal, y le pasa muy habitualmente, amenaza con denuncias y demandas a los trabajadores del centro al que acude.

También hay una parte muy pequeña de la sociedad, que piensa que a Urgencias se acude para cualquier tema de salud, por pequeño que sea, aunque no necesite asistencia urgente.

Y hay un tipo de paciente, con varias o todas las características anteriores.

El Celador debe tener las habilidades sociales para saber identificar a este tipo de pacientes y, de esa forma, poder actuar en consecuencia.

Nunca deberá entrar en discusión con el usuario, puede ofrecerle alternativas dejándole claro que es lo mejor para él y para el resto de pacientes.

Su forma de hablar será asertiva, tranquila y utilizará un lenguaje sencillo, sin tecnicismos y sin utilizar gestos o vocabulario que puedan parecer amenazantes. En caso de que la situación se empiece a descontrolar, demandará la ayuda de algún compañero o superior y si fuera necesario, informará al servicio de seguridad para que tome medidas con el paciente agresivo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el Celador que trabaja en un hospital, conozca sus funciones, tanto las generales como las específicas al puesto laboral en el que trabaja. En determinados servicios, no tiene trato con el paciente, pero en el servicio de Urgencias, el trato con el mismo, es constante.

A Urgencias acuden pacientes nerviosos o preocupados por su estado de salud y en algunas ocasiones, pueden ocasionar problemas, incluso, agresiones.

Es muy importante que sepa detectar el tipo de paciente conflictivo que tiene frente a él, para actuar en consecuencia.

Debe intentar siempre apaciguar, en lo posible, la situación polémica o solicitar ayuda si lo cree necesario.

6 Bibliografía

<https://www.revclinesp.es/es-paciente-conflictivo-urgencias-definicion-tipologia-articulo-S0014256510002845?newsletter=true&code=PpoYIDQkzg9TlxVjZUcbA7aue1vBL>

"Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos"

Revista Clínica Española. Vol. 210. Núm. 8, páginas 404-409 (Septiembre 2010)

<https://revistamedica.com/situaciones-conflictivas-personal-pacientes/>

"LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS ENTRE EL PERSONAL NO SANITARIO Y PACIENTES, ACOMPAÑANTES, FAMILIARES O PERSONAS USUARIAS EN

LOS CENTROS SANITARIOS”

Ocronos. Vol. IV. N° 9–Septiembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°9: 194

Capítulo 649

EL TELEFONISTA HOSPITALARIO: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

FRANCISCO JOSE LIZANA PEREZ

ELENA GALÁN MORANTE

ESTRELLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

EVA MARIA LOBATO DIAZ

ARANZAZU RODRÍGUEZ GRANADOS

1 Introducción

En los hospitales, debido al virus de la COVID-19, la asistencia sanitaria presencial, se ha minimizado en lo posible, para evitar el aumento de contagios. En cambio, la comunicación telefónica entre el paciente/usuario y los centros hospitalarios, ha sido la más utilizada con diferencia.

La categoría profesional en hospitales de Telefonista, tiene que tener habilidades sociales pero también, deben ofrecérsele técnicas que le ayuden en la comunicación con el usuario o paciente.

En primer lugar, tiene que tener claro que las personas con las que habla, generalmente tienen un problema de salud o alguien de su familia o entorno. Es decir, la mayoría de las veces, el interlocutor está preocupado, nervioso, irritado, etc.

En la comunicación telefónica, no existen las expresiones faciales, no podemos explicar lo que queremos mediante movimientos de manos, muy característico en nuestra forma de hablar y el interlocutor, no sabe lo que estamos haciendo al otro lado del teléfono.

El trabajador debe ser resolutivo, capaz de manejar bases de datos, programas de edición de textos o aquellos a utilizar en la gerencia en la que trabaja, a la vez que habla con el usuario, sin hacerle pensar que no le estamos prestando atención.

Es muy importante la preparación del Telefonista en todos estos aspectos.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende enunciar y explicar brevemente, las técnicas que debería utilizar la persona que trabaja como Telefonista en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos, como por ejemplo Medline, y en plataformas de internet. Mediante revisión, se han desechado los datos menos importantes y se han tomado los considerados más relevantes.

4 Resultados

Técnicas para la comunicación telefonista/usuario o paciente:

- Volumen: a la mayor brevedad posible, ayudado de su intuición, el telefonista debe adecuarse al usuario con el que se comunica, tanto en la realización de las llamadas como en la recepción y subir o bajar el tono de su voz. La ventaja a la hora de llamar, es que previamente se comprueban los datos sanitarios y personales del paciente, pudiendo hacernos una idea, por ejemplo, de su edad, si padece de hipoacusia, etc., datos que nos servirán de gran ayuda.
- Tono de voz del paciente: prestar atención al tono de voz, ya que podremos diferenciar si está molesto, nervioso, etc., y llegar a percibir la situación en la que se encuentra y ayudarle de una forma más adecuada.
- Velocidad al hablar: la velocidad debe ser menor que en el caso de hablar con personas de forma presencial. Se realizarán pausas, esperando a que el paciente asienta, asegurándose de que está comprendiendo todo lo que se le comunica.

- Lenguaje: debe ser claro y utilizar palabras sencillas, prescindiendo de tecnicismos, intentando en la manera de lo posible, que se adapte a la edad del comunicante, a su nivel de educación, al sociocultural, etc.
- Explicar qué se hace: en todo momento, se le explicarán las acciones que se están realizando, ya que no puede verlas, pero de una forma amigable. Por ejemplo, se pueden utilizar frases como: "espere mientras localizo el servicio hospitalario con el que quiere hablar".
- Atención: se prestará atención en todo momento a posibles cortes en la comunicación, a cualquier cambio imprevisto como por ejemplo, que el paciente empiece a mostrarse molesto, nervioso, impaciente, etc.
- Mostrar escucha: mientras el usuario habla, el telefonista permanecerá en silencio, pero de vez en cuando, utilizará frases o palabras que le demuestren escucha activa.
- Pausas reactivas: una vez que el usuario/paciente acaba de hablar, el trabajador hará una pequeña pausa, ya que responder o seguir con la conversación de inmediato, resulta molesto para el interlocutor, llegándole a irritar.
- Preguntar: si se necesita hacer preguntas al interlocutor para obtener datos, por ejemplo, para asegurarse de que es la persona con la que se está interesado en hablar, se hará de una forma directa, siempre con un "por favor" y una vez recibida la información, responder con un "gracias".
- Resolución: en caso de necesitar derivar al llamante a algún servicio o unidad hospitalaria, se le informará de ello, se terminará la conversación con un "buenos días, buenas tardes..." y dándole las gracias. En caso de no poder ayudarlo, se le ofrecerán alternativas para resolver su duda o problema.
- Multitarea: el empleado debe ser capaz de utilizar la centralita, editores de texto y programas o aplicaciones que se utilicen en la gerencia donde trabaja, sin tener que cortar la comunicación y sin desconcentrarse de la conversación.

5 Discusión-Conclusión

El Telefonista hospitalario tiene que tener unas habilidades sociales para llegar a un entendimiento con el paciente o usuario con el que habla. Debe ser consciente de que las únicas herramientas que tiene para llegar a su interlocutor y ayudarlo en su problema o demanda, es el lenguaje y su propia voz.

Hay un conjunto de herramientas, arriba citadas, que son imprescindibles para la realización de su trabajo de una forma efectiva.

Su lenguaje debe ser sencillo, demostrar empatía, dejar clara la predisposición a ayudar y en caso de no poder, ofrecer al usuario alternativas que puedan resolver

su problema.

6 Bibliografía

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/guia_ct_20210709.pdf
"Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica"

Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familiar. Servicio Andaluz de Salud.

<https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>

"PRINCIPALES FUNCIONES DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO"

Ocronos. Vol. V. Nº 4–Abril 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº4: 97

Capítulo 650

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE NUTRICIÓN PARENTERAL HOSPITALARIA

ELIA GIJON GARCIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

DIANA AZCARAY GÓMEZ

1 Introducción

La nutrición parenteral hospitalaria es una forma de suministrar nutrientes esenciales a los pacientes que no pueden consumir alimentos de manera oral o gastrointestinal. Se administra directamente en el torrente sanguíneo a través de una vía intravenosa, proporcionando los nutrientes necesarios para mantener la nutrición y el equilibrio metabólico en situaciones en las que la alimentación oral no es posible o insuficiente.

Este enfoque es especialmente relevante en casos de pacientes gravemente enfermos, posoperatorios complejos, quemaduras graves, trastornos gastrointestinales que impiden la absorción de nutrientes, y en pacientes en estado crítico que

requieren una atención intensiva. La nutrición parenteral hospitalaria es una herramienta crucial para prevenir la desnutrición y mantener la fuerza del sistema inmunológico durante períodos de enfermedad o recuperación.

El proceso de administración de nutrición parenteral es altamente especializado y debe ser prescrito y supervisado por un equipo médico multidisciplinario, incluyendo médicos, dietistas y farmacéuticos. La composición de la solución de nutrición se adapta a las necesidades individuales del paciente, incluyendo carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales.

Sin embargo, la nutrición parenteral no está exenta de riesgos. Puede haber complicaciones relacionadas con la inserción de la vía intravenosa, infecciones, desequilibrios electrolíticos y problemas metabólicos. Por lo tanto, es fundamental que el equipo médico siga protocolos estrictos y realice un monitoreo constante para minimizar los riesgos y optimizar los beneficios.

La nutrición parenteral hospitalaria es un método de administración de nutrientes esenciales a través de una vía intravenosa para pacientes que no pueden comer de manera oral o gastrointestinal. Es esencial en situaciones médicas complejas y puede prevenir la desnutrición y mantener la salud durante períodos de enfermedad o recuperación. Sin embargo, requiere una supervisión médica especializada y un monitoreo constante para minimizar los riesgos y maximizar los beneficios.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de nutrición parenteral 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 ámbito de la nutrición parenteral hospitalaria desempeña un papel esencial en la organización y coordinación de las actividades administrativas que respaldan el suministro de nutrientes vitales a los pacientes que no pueden alimentarse de manera oral. Sus funciones son cruciales para garantizar que los procesos administrativos se lleven a cabo de manera efectiva y eficiente, lo que permite al equipo médico centrarse en brindar la atención necesaria.

Una de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en este contexto es la coordinación de la logística. Esto implica asegurarse de que los nutrientes parenterales estén disponibles y listos para su administración cuando sean necesarios. Esto puede incluir la colaboración con el personal de farmacia para garantizar que las soluciones estén preparadas y etiquetadas correctamente.

La gestión de registros es otro aspecto fundamental. El auxiliar administrativo debe mantener registros precisos y actualizados de la administración de nutrientes parenterales para cada paciente. Esto incluye detalles como la dosis, la frecuencia y cualquier reacción adversa. Estos registros son esenciales para el seguimiento del tratamiento y la evaluación de la eficacia.

La comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es crucial. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que el equipo esté informado sobre los pedidos de nutrición parenteral, los horarios y cualquier cambio en el plan de tratamiento. La comunicación fluida garantiza que la administración de nutrientes se realice sin problemas y de acuerdo con las necesidades del paciente.

El auxiliar administrativo también puede colaborar en la coordinación financiera. Esto puede incluir verificar la cobertura del seguro médico para la nutrición parenteral y ayudar a los pacientes a comprender los costos asociados y los procedimientos de facturación.

El auxiliar administrativo en el área de nutrición parenteral hospitalaria desempeña un papel vital en la coordinación de la logística, la gestión de registros y la comunicación con el equipo médico. Su labor organizada y eficiente contribuye directamente al suministro adecuado de nutrientes a los pacientes que lo necesitan, lo que a su vez respalda la atención médica de alta calidad y la recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un servicio óptimo de nutrición parenteral, se recomienda establecer protocolos eficientes para la preparación y administración de nutrientes, mantener registros detallados y actualizados de cada paciente, y facilitar una comunicación clara entre el equipo médico y administrativo. La coordinación con el personal de farmacia es esencial para garantizar la disponibilidad oportuna de las soluciones. La capacitación continua del personal en los procedimientos y las mejores prácticas asegura la seguridad y calidad del servicio. Mantener un enfoque en la satisfacción del paciente, incluida la educación sobre el tratamiento y la transparencia en la facturación, contribuye a una experiencia positiva. En conjunto, estas medidas promueven un servicio de nutrición parenteral efectivo y de alta calidad que respalda la recuperación de los pacientes.

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 651

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

ELIA GJON GARCIA

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

DIANA AZCARAY GÓMEZ

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

CRISTINA GALAN SANANDRES

1 Introducción

Los cuidados paliativos en el domicilio son un enfoque de atención médica diseñado para brindar apoyo compasivo y alivio a pacientes con enfermedades graves o terminales en la comodidad de su hogar. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente al proporcionar cuidados médicos, emocionales y sociales integrales mientras se respetan sus deseos y preferencias.

En este enfoque, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y voluntarios, colabora para ofrecer una atención personalizada y centrada en el paciente.

Los cuidados paliativos en el domicilio abordan el control del dolor y otros síntomas, así como las necesidades emocionales y espirituales del paciente y su familia.

Los pacientes que eligen recibir cuidados paliativos en el domicilio pueden beneficiarse de la comodidad y familiaridad de su entorno, evitando las hospitalizaciones prolongadas. Los cuidadores también pueden recibir capacitación para brindar apoyo y atención diaria, lo que ayuda a aliviar la carga tanto del paciente como de la familia.

Este enfoque permite que los pacientes tengan un mayor control sobre sus decisiones médicas y de atención, lo que puede incluir la planificación anticipada de la atención y el final de la vida. Además, se enfoca en proporcionar información y apoyo emocional a la familia y seres queridos del paciente, ya que los cuidados paliativos en el domicilio también tienen en cuenta el bienestar emocional de quienes rodean al paciente.

Es importante señalar que los cuidados paliativos en el domicilio no son exclusivos para pacientes en la fase final de la vida; también pueden ser beneficiosos para aquellos con enfermedades crónicas y progresivas que requieren atención constante y alivio de síntomas.

Los cuidados paliativos en el domicilio son un enfoque integral de atención médica que busca mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades graves o terminales en su entorno hogareño. Ofrecen atención médica, emocional y social, y permiten una mayor participación del paciente en sus decisiones de atención mientras brindan apoyo a sus seres queridos.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de cuidados paliativos domiciliarios.

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 contexto de los cuidados paliativos en el domicilio juega un papel esencial en la coordinación y el funcionamiento efectivo de los aspectos administrativos que respaldan la atención compasiva y el bienestar de los pacientes y sus familias. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los procesos administrativos se desarrollen sin problemas, lo que permite al equipo de atención médica concentrarse en brindar apoyo de calidad en un momento crucial.

Una de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en este entorno es la programación y coordinación de las citas y visitas médicas. Esto implica organizar y gestionar los horarios de los profesionales de atención médica y otros proveedores de servicios, asegurando que los pacientes reciban la asistencia necesaria según sus necesidades y preferencias.

La gestión de registros también es esencial. El auxiliar administrativo se encarga de mantener actualizados y precisos los registros de pacientes, que pueden incluir información demográfica, historiales médicos, medicamentos y tratamientos. Estos registros son vitales para una atención continua y personalizada, y también pueden ser compartidos con otros miembros del equipo de atención médica.

La comunicación clara y efectiva es un aspecto crucial. El auxiliar administrativo puede ser responsable de facilitar la comunicación entre los pacientes, sus familias y el equipo de atención médica, asegurándose de que la información se transmita de manera oportuna y precisa.

La coordinación logística también es una función importante. Asegurarse de que los suministros y equipos necesarios estén disponibles para los pacientes y los profesionales de atención médica contribuye a un proceso fluido y sin interrupciones.

Además, el auxiliar administrativo puede colaborar en la facturación y en la gestión financiera. Esto puede incluir verificar la cobertura del seguro médico, ayudar a los pacientes y sus familias a entender los costos y los procedimientos de facturación, y asegurarse de que se sigan los procesos adecuados.

El auxiliar administrativo en los cuidados paliativos en el domicilio desempeña un rol esencial en la coordinación de citas, la gestión de registros, la comunicación y la logística. Su labor organizada y eficiente contribuye directamente a la calidad de la atención proporcionada a los pacientes y a sus familias durante un período delicado, permitiendo que el equipo médico se concentre en brindar apoyo y alivio.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un funcionamiento óptimo del servicio de cuidados paliativos en el domicilio, se recomienda establecer una comunicación fluida entre el equipo médico y administrativo, coordinar de manera eficiente las citas y visitas médicas, mantener registros detallados y actualizados de cada paciente, y proporcionar apoyo emocional tanto a los pacientes como a sus familias. Capacitar al personal en la atención compasiva y la escucha activa fomenta un ambiente de confianza. Garantizar la disponibilidad oportuna de suministros y equipos es esencial para una atención continua. Mantener un enfoque en la comodidad y el bienestar del paciente, respetando sus deseos y preferencias, contribuye a una experiencia positiva y empática en este momento crucial de la vida.

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 652

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RELATA SUS FUNCIONES EN EL ÁREA DE DONACIONES DE PLAQUETAS HOSPITALARIA

ELIA GIJON GARCIA

CRISTINA GALAN SANANDRES

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

DIANA AZCARAY GÓMEZ

1 Introducción

La donación de plaquetas es un proceso médico en el que una persona dona parte de sus plaquetas sanguíneas para su uso en pacientes que necesitan tratamiento médico. Las plaquetas son pequeñas células sanguíneas que juegan un papel esencial en la coagulación y en la prevención de hemorragias. La donación de plaquetas es particularmente valiosa en el tratamiento de pacientes con trastornos de coagulación, como aquellos sometidos a tratamientos de cáncer, cirugía, trasplantes y lesiones graves.

En el proceso de donación de plaquetas, se extrae una pequeña cantidad de sangre del donante a través de un proceso llamado aféresis. La sangre se pasa por una

máquina que separa las plaquetas del resto de los componentes sanguíneos, y luego se devuelve el resto de la sangre al donante. Este método permite obtener una cantidad significativa de plaquetas de un solo donante.

Es importante señalar que las plaquetas tienen una vida útil relativamente corta, por lo que la demanda de donaciones es constante. Sin embargo, el proceso de donación de plaquetas puede ser más largo que el de una donación de sangre convencional, ya que implica una separación en el lugar de donación.

La donación de plaquetas es un acto altruista que puede marcar una gran diferencia en la vida de pacientes que enfrentan situaciones médicas críticas. Muchas personas donan plaquetas regularmente como parte de su compromiso con la comunidad y para ayudar a aquellos que necesitan tratamiento médico.

Al igual que con cualquier tipo de donación de sangre, los donantes de plaquetas deben cumplir con ciertos requisitos médicos y de salud. Cada centro de donación puede tener sus propias pautas específicas.

La donación de plaquetas es un proceso médico vital en el que las plaquetas sanguíneas se donan para su uso en pacientes que necesitan tratamiento médico para trastornos de coagulación. Esta donación altruista es esencial para salvar vidas y mejorar la salud de aquellos que enfrentan condiciones médicas graves.

2 Objetivos

Mostrar las distintas funciones que tiene el auxiliar administrativo en el área de donaciones de plaquetas.

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 donación de plaquetas desempeña un papel esencial en la organización y coordinación de las actividades administrativas que respaldan este proceso vital de obtención de plaquetas para pacientes necesitados. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los procedimientos administrativos se desarrollen sin problemas, permitiendo que el equipo médico se concentre en llevar a cabo donaciones exitosas.

Una de las responsabilidades clave del auxiliar administrativo en este contexto es la programación y coordinación de las citas de donación. Esto implica asegurarse de que los horarios estén optimizados para atender a donantes de manera eficiente, asegurando una cadena continua de suministro de plaquetas.

La gestión de registros es otro aspecto crucial. El auxiliar administrativo debe mantener registros precisos y actualizados de los donantes y las donaciones. Esto incluye información demográfica, historiales médicos y detalles sobre las donaciones anteriores. Estos registros son vitales para garantizar la seguridad y la calidad del proceso de donación.

La comunicación efectiva con los donantes es fundamental. El auxiliar administrativo puede ser responsable de proporcionar información clara y precisa sobre el proceso de donación, responder preguntas y brindar apoyo antes y después de la donación. Esto contribuye a una experiencia positiva para los donantes y fomenta su participación continua.

La logística es otra área en la que el auxiliar administrativo puede desempeñar un papel importante. Asegurarse de que los suministros necesarios estén disponibles para las donaciones y que los equipos estén en buenas condiciones es esencial para el éxito del proceso.

El auxiliar administrativo también puede colaborar en la promoción y el marketing del servicio de donación de plaquetas, ya que una mayor conciencia puede llevar a más donantes. Esto puede incluir la planificación y la ejecución de campañas de información y sensibilización.

El auxiliar administrativo en el servicio de donación de plaquetas desempeña un papel vital en la programación de citas, la gestión de registros, la comunicación con los donantes y la coordinación logística. Su labor organizada y eficiente es esencial para garantizar un suministro constante de plaquetas y contribuye directamente al éxito del proceso de donación y al bienestar de los pacientes que

necesitan tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Para un funcionamiento eficiente en el servicio de donación de plaquetas, se recomienda establecer una programación de citas fluida y conveniente para los donantes, garantizar registros precisos y actualizados, y brindar una comunicación clara sobre el proceso de donación. Mantener equipos y suministros en óptimas condiciones es esencial para el proceso. Promover la conciencia pública sobre la importancia de la donación de plaquetas a través de campañas de sensibilización puede aumentar la participación de donantes. Mantener un ambiente acogedor y de apoyo para los donantes, junto con una administración financiera transparente, contribuye a una experiencia positiva. En conjunto, estas medidas aseguran un servicio de donación de plaquetas efectivo y constante, beneficiando tanto a los donantes como a los pacientes que necesitan tratamiento médico.

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 653

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MANEJO DE LA TARJETA SANITARIA

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

CRISTINA MORA GALÁN

CORNELIA ANA BISU

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

1 Introducción

La tarjeta sanitaria es un elemento clave en el sistema de atención médica, ya que no solo identifica a los pacientes, sino que también es la puerta de acceso a una amplia gama de servicios de salud. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en el manejo y la gestión de la tarjeta sanitaria. Esta introducción explorará cómo el auxiliar administrativo se convierte en un enlace vital entre los pacientes y los servicios médicos a través del manejo de la tarjeta sanitaria.

En el transcurso de este tema, analizaremos la importancia de la tarjeta sanitaria como herramienta de identificación y acceso a los servicios médicos. A continuación, exploraremos cómo el auxiliar administrativo se involucra en la emisión, actualización y verificación de las tarjetas sanitarias, además de destacar su papel en la gestión de la información relacionada con la cobertura médica de los pacientes.

Asimismo, abordaremos los desafíos asociados al manejo de la tarjeta sanitaria, como garantizar la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes, así como la necesidad de estar al tanto de las regulaciones y normativas en materia de protección de datos. También destacaremos la importancia de la comunicación efectiva y la interacción amable con los pacientes en el proceso de manejo de la tarjeta sanitaria.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un rol crucial en el manejo de la tarjeta sanitaria, garantizando que los pacientes tengan un acceso fluido a los servicios de salud y que su información esté protegida de manera adecuada. En las siguientes secciones, exploraremos en mayor detalle las responsabilidades y el impacto del auxiliar administrativo en este aspecto vital de la administración médica.

2 Objetivos

- La importancia de la tarjeta sanitaria como herramienta de identificación y acceso a los servicios médicos
- Explorarar cómo el auxiliar administrativo se involucra en la emisión, actualización y verificación de las tarjetas sanitarias

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Realizando una búsqueda sistemática de libros, consultándose también artículos en las principales bases de datos; Medline, Scielo, Scribd, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas ya revisadas.

4 Resultados

El manejo de la tarjeta sanitaria por parte del auxiliar administrativo en el ámbito de la atención médica conlleva una serie de resultados esenciales que impactan directamente en la calidad de la atención al paciente y en el funcionamiento eficiente del sistema de salud. A continuación, se presentan algunos de los resultados más destacados asociados a esta función:

1. Acceso a los Servicios Médicos: El auxiliar administrativo garantiza que los pacientes tengan acceso a los servicios médicos necesarios al manejar y verificar

correctamente las tarjetas sanitarias. Esto asegura que los pacientes reciban la atención que requieren de manera oportuna.

2. Identificación Precisa de los Pacientes: La tarjeta sanitaria permite una identificación rápida y precisa de los pacientes, lo que evita errores y confusiones en el proceso de atención médica. El auxiliar administrativo contribuye a la verificación de la identidad del paciente y a la correlación de la información con los registros médicos.

3. Actualización de Información: El auxiliar administrativo se encarga de mantener actualizada la información de los pacientes en las tarjetas sanitarias, lo que incluye cambios en la dirección, el seguro médico y los datos de contacto. Esto ayuda a mantener registros precisos y actualizados.

4. Gestión de Cobertura Médica: El auxiliar administrativo verifica la cobertura médica de los pacientes a través de la tarjeta sanitaria, lo que asegura que los servicios sean proporcionados dentro del marco de la cobertura del seguro médico.

5. Confidencialidad de los Datos: El manejo adecuado de la tarjeta sanitaria implica garantizar la confidencialidad y seguridad de la información del paciente. El auxiliar administrativo juega un papel importante en la protección de los datos personales y médicos de los pacientes.

6. Agilización de los Procesos: Al tener acceso rápido a la información a través de la tarjeta sanitaria, el auxiliar administrativo agiliza los procesos de registro, facturación y programación de citas, lo que ahorra tiempo tanto para el personal médico como para los pacientes.

7. Mejora de la Experiencia del Paciente: Un manejo eficiente de la tarjeta sanitaria contribuye a una experiencia más positiva para el paciente, ya que disminuye el tiempo de espera y facilita la obtención de los servicios necesarios.

8. Cumplimiento Normativo: El auxiliar administrativo debe asegurarse de que el manejo de la tarjeta sanitaria cumpla con todas las regulaciones y normativas en materia de privacidad de datos y protección de la información del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el manejo de la tarjeta sanitaria es una responsabilidad de suma importancia en el sistema de atención médica, y el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial en este proceso. A través de la gestión adecuada de la tarjeta sanitaria, el auxiliar administrativo contribuye significativamente a la calidad de la atención al paciente y al funcionamiento eficiente de los servicios médicos.

La identificación precisa de los pacientes, la verificación de la información, la actualización de los datos, la gestión de la cobertura médica y la protección de

la confidencialidad de la información son solo algunas de las áreas en las que el auxiliar administrativo hace una diferencia tangible. Al realizar estas tareas de manera eficiente y con atención a los detalles, el auxiliar administrativo facilita la experiencia del paciente, agiliza los procesos administrativos y asegura que los servicios médicos se brinden dentro de los parámetros adecuados.

Es importante destacar la necesidad de la formación continua y el cumplimiento de las normativas de privacidad y seguridad de datos en el manejo de la tarjeta sanitaria. Al mantenerse actualizado en las regulaciones y al garantizar la confidencialidad de la información, el auxiliar administrativo contribuye a la integridad y la ética en el manejo de la información médica.

En última instancia, el auxiliar administrativo se convierte en un enlace crucial entre los pacientes y los servicios de salud a través de la gestión de la tarjeta sanitaria. Su dedicación a un manejo preciso y responsable de esta herramienta esencial es un componente vital para proporcionar atención médica de calidad y asegurar que los pacientes reciban los servicios que necesitan de manera efectiva y segura.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 654

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DEL SUEÑO

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CORNELIA ANA BISU

CRISTINA MORA GALÁN

1 Introducción

La unidad del sueño desempeña un papel fundamental en el estudio y comprensión de los trastornos del sueño y sus implicaciones para la salud y el bienestar. En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial al asegurar el funcionamiento eficiente de la unidad, coordinando las tareas administrativas y logísticas que respaldan la labor clínica y de investigación llevada a cabo en este ámbito.

La investigación y el tratamiento de los trastornos del sueño han cobrado una creciente importancia en los últimos años debido a la creciente conciencia sobre la relevancia del sueño en la salud física y mental. La unidad del sueño se ha convertido en un centro neurálgico donde se realizan estudios exhaustivos para entender los patrones de sueño, diagnosticar trastornos como el insomnio, la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas y otros, y desarrollar estrategias terapéuticas efectivas.

En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial al garantizar que la unidad del sueño funcione sin contratiempos. Sus responsabilidades abarcan la gestión de citas y horarios de pacientes, el registro y archivo de expedientes médicos, la coordinación de recursos y suministros necesarios para los estudios de sueño, la comunicación fluida entre el equipo médico, los investigadores y los pacientes, y la colaboración con otras áreas administrativas del centro de salud o institución.

La eficacia en la organización y operación de la unidad del sueño depende en gran medida de la labor diligente y precisa del auxiliar administrativo. Su capacidad para mantener la información actualizada, gestionar las comunicaciones de manera efectiva y asegurarse de que todos los elementos logísticos estén en su lugar contribuye directamente a la calidad del servicio ofrecido a los pacientes y al éxito de la investigación en curso.

En resumen, el auxiliar administrativo en la unidad del sueño desempeña una función fundamental para mantener la fluidez de las operaciones, la comunicación eficaz y el soporte logístico necesario. Su labor contribuye en última instancia al avance del conocimiento en el campo de los trastornos del sueño y a la mejora de la salud y el bienestar de quienes requieren tratamiento y atención en este ámbito.

2 Objetivos

- Funciones del auxiliar administrativo en la gestión de citas y horarios de pacientes , así como registro y archivo de expedientes
- Fluidez de las operaciones, comunicación eficaz y soporte logístico necesario proporcionado por el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la realización del siguiente estudio se ha accedido a diferentes portales de información académica siendo los más destacados: Google Académico, Pubmed, Medline y Scileo.

Se han seleccionado artículos con las siguientes palabras clave: iluminación, amplitud, entorno, luminosidad, administrativo y espacio de trabajo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la gestión de citas y horarios de pacientes en la unidad del sueño. Sus responsabilidades incluyen una serie de funciones cruciales para garantizar que los pacientes reciban la atención y los estudios necesarios de manera eficiente y organizada. Algunas de estas funciones son:

- Agendar citas: El auxiliar administrativo se encarga de programar las citas de los pacientes de manera precisa y considerando la disponibilidad de la unidad del sueño y del equipo médico. Debe tener en cuenta la duración de los diferentes tipos de estudios de sueño y asegurarse de que los horarios sean coherentes y realistas.
- Confirmar y recordar citas: Es responsabilidad del auxiliar administrativo confirmar las citas con los pacientes y recordarles la fecha, hora y ubicación de la cita. Esto puede hacerse a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos u otros medios de comunicación.
- Reprogramar citas: En caso de cambios imprevistos en la programación, el auxiliar administrativo se encarga de reprogramar las citas de manera que no haya interrupciones en el flujo de pacientes. Esto implica coordinar con los pacientes y el equipo médico para encontrar nuevos horarios adecuados.
- Registro de información: El auxiliar administrativo registra de manera precisa toda la información relevante de cada paciente, incluyendo datos personales, historial médico y estudios de sueño anteriores. Esta información es esencial para el seguimiento y la planificación de tratamientos.
- Manejo de software de gestión: Puede ser necesario utilizar software especializado para gestionar las citas y horarios de los pacientes de manera eficiente. El auxiliar administrativo debe estar familiarizado con estos sistemas y ser capaz de utilizarlos correctamente.
- Atención a pacientes: Cuando los pacientes llegan a la unidad del sueño, el auxiliar administrativo puede ser la primera persona con la que interactúan. Debe recibirlos, confirmar su identidad y asegurarse de que estén informados sobre los procedimientos y requisitos antes de su estudio de sueño.
- Coordinación con el equipo médico: El auxiliar administrativo colabora estrechamente con el equipo médico y de investigación para garantizar que los

horarios de los pacientes se ajusten a las capacidades y necesidades de la unidad del sueño. También debe estar al tanto de cualquier cambio en la programación que pueda afectar al personal médico y técnico.

- Confidencialidad y privacidad: Dado que maneja información médica y personal de los pacientes, el auxiliar administrativo debe asegurarse de que se cumplan los estándares de confidencialidad y privacidad establecidos por las leyes y regulaciones pertinentes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del auxiliar administrativo en la unidad del sueño es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y exitoso de esta área especializada de la medicina. A través de sus diversas responsabilidades, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la gestión de citas y horarios de pacientes, lo que impacta directamente en la calidad de la atención médica y en la realización de investigaciones relacionadas con los trastornos del sueño.

El auxiliar administrativo actúa como un nexo crucial entre los pacientes, el equipo médico y los investigadores. Su capacidad para programar, confirmar y reprogramar citas de manera efectiva, así como para mantener registros precisos y confidenciales, asegura que los pacientes reciban los cuidados necesarios y que los estudios de sueño se realicen de manera adecuada.

Además de las tareas administrativas, el auxiliar administrativo también juega un papel en la experiencia del paciente al recibirlos, brindarles información y orientarlos en el proceso. Su habilidad para mantener una comunicación clara y atender a los pacientes con empatía contribuye a una experiencia positiva en la unidad del sueño.

En última instancia, el trabajo del auxiliar administrativo en la unidad del sueño trasciende la mera gestión de citas y horarios. Su labor impacta en la calidad de vida de los pacientes al facilitar su acceso a diagnósticos y tratamientos precisos, así como en el avance de la investigación científica en el campo de los trastornos del sueño. La colaboración efectiva con el equipo médico y la habilidad para mantener la organización y la eficiencia son aspectos esenciales que permiten que la unidad del sueño cumpla su misión de mejorar la salud y el bienestar de las personas afectadas por estos trastornos. En definitiva, el auxiliar administrativo es un elemento vital en el entramado que constituye la unidad del sueño, con-

tribuyendo significativamente a la atención integral y al avance en este campo médico tan relevante.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 655

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

MARTA YOUSRI VÁZQUEZ

CARMEN MARIA MONTEJANO LOPEZ

MARIA PILAR GOMEZ MARTIN

CORNELIA ANA BISU

CRISTINA MORA GALÁN

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, el servicio de consultas externas desempeña un papel fundamental al proporcionar atención médica a pacientes que no requieren hospitalización. En este contexto, el auxiliar administrativo juega un rol esencial al facilitar la organización eficiente de las citas médicas, el registro de pacientes y la coordinación entre los médicos y los pacientes.

En esta introducción, exploraremos las funciones clave que desempeña el auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas. Analizaremos cómo su labor contribuye a la fluidez de los procesos administrativos y a la satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico. Además, consideraremos la importancia de la comunicación efectiva y la empatía en este entorno.

El auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas actúa como un enlace vital entre los pacientes y el personal médico. Su labor puede abarcar desde la programación de citas y la recepción de pacientes hasta el manejo de la documentación necesaria para cada consulta. Además, puede colaborar con otros departamentos para asegurarse de que los expedientes médicos estén actualizados y disponibles para los médicos en el momento de la consulta.

La atención al cliente es una parte esencial de la labor del auxiliar administrativo en este contexto. Brindar un servicio amable, cálido y profesional a los pacientes puede contribuir en gran medida a su satisfacción y comodidad durante su visita al servicio de consultas externas.

En esta exploración, también destacaremos la importancia de la organización y la gestión del tiempo para el auxiliar administrativo en este entorno. La programación de citas, la coordinación de horarios y la administración de la documentación médica requieren una atención meticulosa a los detalles y una capacidad para manejar múltiples tareas de manera eficiente.

2 Objetivos

- Importancia de la organización y la gestión del tiempo para el auxiliar administrativo
- Programación de citas y la recepción de pacientes hasta el manejo de la documentación necesaria para cada consulta.
- Colaborar con otros departamentos para asegurarse de que los expedientes médicos estén actualizados y disponibles para los médicos en el momento de la consulta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 y resultados asociados con el rol del auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas:

Programación de Citas: El auxiliar administrativo es responsable de gestionar la programación de citas para pacientes en el servicio de consultas externas. Esto incluye coordinar horarios, confirmar citas y asegurarse de que los pacientes sean atendidos de manera oportuna.

Registro y Recepción de Pacientes: Al recibir a los pacientes en el servicio de consultas externas, el auxiliar administrativo se encarga de verificar su información personal y de seguro médico, asegurando que los registros estén actualizados y sean precisos.

Documentación Médica: El auxiliar administrativo puede ser responsable de recopilar y mantener la documentación médica necesaria para cada consulta. Esto implica asegurarse de que los expedientes médicos estén disponibles y actualizados para los médicos antes de las consultas.

Coordinación con el Personal Médico: Actuar como intermediario entre los médicos y los pacientes, transmitiendo información importante y coordinando horarios y disponibilidad para las consultas.

Atención al Cliente: Brindar un servicio amable y profesional a los pacientes, responder a sus preguntas y preocupaciones, y asegurarse de que se sientan cómodos y bien atendidos durante su visita.

Manejo de Registros: Mantener registros organizados y completos de los pacientes y sus consultas, asegurando que la información esté disponible para futuras referencias.

Colaboración Interdepartamental: Trabajar en conjunto con otros departamentos del centro médico para garantizar una comunicación fluida y la transferencia adecuada de información entre diferentes áreas.

Cumplimiento de Normativas: Asegurarse de que toda la documentación cumpla con las regulaciones y políticas de privacidad de la información médica.

Resolución de Problemas: Ayudar a resolver problemas relacionados con la programación de citas, la documentación y otros aspectos administrativos que puedan surgir.

Apoyo Administrativo: Participar en tareas administrativas generales, como la gestión de llamadas telefónicas, el manejo de correos electrónicos y la coordinación de recursos para las consultas.oral.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el rol del auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas es esencial para garantizar una operación fluida, eficiente y amigable en el entorno médico. Sus funciones abarcan desde la programación de citas y la recepción de pacientes hasta la coordinación de la información médica y la atención al cliente. La labor del auxiliar administrativo en este contexto contribuye en gran medida a una experiencia positiva tanto para los pacientes como para el personal médico.

La capacidad del auxiliar administrativo para mantener registros precisos, coordinar horarios y comunicarse efectivamente es crucial para asegurarse de que los pacientes reciban atención médica oportuna y de calidad. Además, su rol como punto de contacto entre los pacientes y los médicos facilita una comunicación fluida y una gestión eficiente de la documentación médica.

La atención al cliente también es un componente clave del trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas. Brindar un servicio amable, cálido y profesional puede contribuir significativamente a la satisfacción y comodidad de los pacientes durante su visita.

En última instancia, el auxiliar administrativo en el servicio de consultas externas desempeña una función vital en la organización y la atención al paciente en el entorno médico. Su labor contribuye a una atención médica efectiva, a una operación eficiente y a una experiencia positiva para todos los involucrados. La importancia de su rol radica en su capacidad para coordinar, comunicar y mantener un alto nivel de servicio en un entorno donde la eficacia y la atención personalizada son fundamentales.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 656

ESTRÉS LABORAL EN SANIDAD

SONIA ABAD CORTES

1 Introducción

El estrés es un riesgo laboral cada vez mas frecuente en el ámbito sanitario, como consecuencia de no disponer de tiempo suficiente para realizar las tareas, no tener horarios bien definidos, son las causas principales que lo desencaminan. Según La Comisión Europea de Seguridad y Salud en el trabajo se define como “ las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”.

El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo para sus países miembros un coste de 20 millones de euros al año en gastos sanitarios.

Las mujeres son mas propensas a sufrirlo, debido a que además de realizar su trabajo fuera de casa también suele recaer en ellas el peso de las tareas de la casa. Cuando se sufre estrés este se manifiesta de tres formas. Estrés crónico, síndrome de burnout o depresión.

El síndrome de burnout, aparece como consecuencia de sufrir un estrés laboral crónico, y este se manifiesta a través de un desgaste físico, emocional y cognitivo, sus consecuencias son muy negativas tanto para el trabajador como para la empresa.

La depresión es una enfermedad que se caracteriza sobre todo por la falta de interés, todo da igual, dando lugar a que afloren sentimientos de tristeza , ansiedad incluso llegando a cambiar la personalidad del que la sufre.

2 Objetivos

- ☒Exponer las causas del estrés laboral y sus consecuencias en el ámbito sanitario.
- ☒Estudiar las posibles soluciones para prevenirlos o reducirlos al máximo.

3 Metodología

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

Las palabras claves utilizadas son “estres laboral”, “ desgaste profesional” y “ sobrecarga emocional”.

4 Resultados

El estrés laboral es un problema colectivo y no individual que afecta a todos los trabajadores sean de un ámbito laboral u otro, este tiene efectos sobre la salud tanto física como mental y afecta directamente al desarrollo del trabajo.

El estrés es el principal riesgo laboral, presente en la mayoría de las organizaciones sanitarias. Las causas mas comunes del estrés laboral son:

- ☒Mucha carga de trabajo.
- ☒Relaciones problematicas.
- ☒Excesiva responsabilidad en el trabajo.
- ☒Condiciones laborales pésimas.

Las causas que mas inciden como fundamentales en la aparición de estrés son, la sobrecarga de trabajo y la falta de control sumado a un ritmo de trabajo excesivo.

Las consecuencias de padecerlo pueden llegar a ser graves ocasionando:

- ☒Enfermedades.
- ☒Problemas motores o cognitivos.
- ☒Trastornos varios “ sexuales o inmunologicos.
- ☒Trastornos psicologicos.

Estos últimos, los trastornos psicológicos son los mas peligrosos porque pueden llevar al suicidio del trabajador, también es importante controlar las enfermedades que genera, como pueden ser las palpitaciones, el dolor de cabeza, la fatiga, fata de memoria y la mas importante la falta de sueño.

Todas estas consecuencias repercuten en la empresa, ya que desciende la productividad, aumenta el absentismo y da lugar a una alta rotación en la plantilla disminuyendo la calidad del servicio que se da en el hospital.

Para prevenir e intentar reducir este estrés, se pueden seguir las siguientes pautas:

☒Dieta equilibrada.

☒Ejercicio físico regular.

☒Desconectar del trabajo una vez que se sale del hospital.

☒No dormir menos de 6 horas al día.

☒Mantener siempre que sea posible los mismos horarios.

☒Disfrutar de vacaciones.

El estrés laboral es considerado el primer motivo de baja en España, esta baja debe tramitarse a través del médico de cabecera, su duración será de 12 meses consecutivos, pudiendo ampliar 6 meses mas. Una vez pasado el plazo, será el tribunal médico quien la evalúe.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es el principal riesgo laboral presente en la mayoría de las organizaciones sanitarias, ya que el trabajo que se exige en ellas no siempre puede ser afrontado por el trabajador de la misma manera, por eso es necesario intervenir cuando se detectan los primeros síntomas de él, ya que de no ser así puede originar que la productividad, la motivación de la plantilla disminuya, haciendo que aumente la probabilidad de accidentes, pudiendo ser en los casos mas graves, mortales. Por eso es necesario trabajar las capacidades básicas de los trabajadores, tienen que facilitar que sean capaces de: responder(tener mas capacidad para responder a imprevistos y guías pautadas de actuaciones), definir fácilmente las situaciones, anticiparse siempre ante una situación potencialmente conflictiva, y aprender tanto de los aciertos como de los errores.

6 Bibliografía

- 1.Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Medicina y Seguridad Del Trabajo, 59(231), 259–275. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2013000200006>
- 2.Estrés laboral. (n.d.). Portal INSST. Retrieved July 24, 2023, from <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>

3. Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. de. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 72–88. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006>
4. Superar el estrés laboral. (n.d.). Medlineplus.gov. Retrieved July 24, 2023, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000884.htm>
5. (N.d.). Redalyc.org. Retrieved July 24, 2023, from <https://www.redalyc.org/journal/1471/147149810001/html/>

Capítulo 657

RECICLAJE DE RESIDUOS

MARÍA TRINIDAD SIMÓN COLMENERO

1 Introducción

Los sistemas de manejo y producción de desperdicios inciden en el cambio climático, afectando también la salud de las personas, aumentando la reiteración de enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, etc. Los sistemas de salud son colaboradores relevantes debido a los altos índices de utilización de energía, medios y producción de residuos.¹

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace alusión al cambio climático como un gran inconveniente para las instituciones sanitarias.¹

Los riesgos contemplados para la salud pública mundial por fenómenos externos como olas de calor, agostamientos, inundaciones, fuegos y desafíos en la producción de alimentos están vinculados al cambio climático, la mortalidad aumenta directa o indirectamente debido a la demacración y las enfermedades.

Los defensores del medio ambiente ofrecen una planificación para la disminución de los residuos, la regla de las 3R: Reducir, Reutilizar y Reciclar.¹

Un residuo es aquella materia o sustancia que deja de servir después de haber terminados con su objetivo para realizar una tarea específica o la parte que resta del total.

En los centros hospitalarios se generan cantidad de desperdicios, muchos de los cuales son peligrosos y se necesitan métodos específicos para llevar a cabo la organización, recopilación y supresión de los mismos. Otros sin embargo; los no peligrosos son aspirantes a formar parte de los tratamientos de reciclaje opuestamente a lo que en realidad ocurre, que mueren en basureros o crematorios.²

2 Objetivos

- Dar a conocer los tipos de residuos que se generan en el ámbito hospitalario.
- Concienciar al personal sanitario de la necesidad de utilizar técnicas de reciclaje.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación congruente en un análisis bibliográfico sobre material científico. Se ha efectuado una búsqueda minuciosa de libros y artículos en las principales bases de datos Google Académico, Pubmed y Medline, destacando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los desperdicios hospitalarios son aquellos que se generan como consecuencia de tareas vinculadas con la asistencia sanitaria. Existen cuatro tipos de residuos en el ámbito sanitario, siendo los dos primeros catalogados como no peligrosos y como peligrosos los dos siguientes:2

- Tipo I: no precisan de un tratamiento especial, se integran por papel, cartón, material de oficina, cocinas, comedores y desechos de pacientes no infecciosos.
- Tipo II: Dentro del centro sanitario, es preciso llevar a cabo medidas de precaución a la hora de realizar su tratamiento, acopio, depósito y traslado. Son por ejemplo material de curas, escayolas, indumentaria y utensilios de un solo uso que estén infectados (que no estén incluidos en los residuos Tipo III). En este grupo estaría incluidas las mascarillas quirúrgicas.
- Tipo III: es preciso llevar a cabo medidas de precaución a la hora de realizar su tratamiento, acopio, depósito y traslado, tanto dentro como fuera del centro hospitalario ya que pueden ocasionar un grave peligro para sanidad pública. Estos se catalogan en: o Contaminados: pueden contagiar enfermedades. o Orgánicos: son los restos humanos. o Sangre y sus derivados: envases que contengan sangre o fluidos fisiológicos. o Agujas y elementos cortantes. o Vacunas vivas y atenuadas.
- Tipo IV: requieren una atención especial desde una perspectiva aséptica y ecológica, dentro y fuera del centro hospitalario. Son: o Restos citostáticos. o Restos de elementos químicos. o Fármacos vencidos. o Aceites minerales y artificiales. o Restos con aleaciones. o Restos radiactivos. o Desechos fisiológicos humanos.

5 Discusión-Conclusión

El reciclaje sanitario será productivo, si sabemos ante qué tipo de residuo nos encontramos y la forma más eficiente de manejarlo; ya que la gran mayoría de los desperdicios no se reciclan y acaban dañando el medio ambiente y como consecuencia nuestra salud.

6 Bibliografía

- 3013

Capítulo 658

EL CELADOR HOSPITALARIO: EVACUACIÓN DE PACIENTES

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La categoría profesional de Celador que presta sus servicios en centros hospitalarios, tiene unas funciones muy generales, pero a la vez, otras particulares según el servicio sanitario en el que realicen su labor.

Solemos pensar que al tener el mismo nombramiento, se realizan las mismas labores. Pero por ejemplo, el celador que trabaja en la puerta principal de un hospital, se encarga de la vigilancia de entradas y salidas de personal, de informar a los usuarios de hacia donde se tienen que dirigir y de que el ambiente permanezca tranquilo y en perfecto orden y limpieza.

En cambio, en un servicio tan desconocido como el del Animalario, instalaciones presentes en muchos hospitales, se encarga del cuidado y la higiene de los animales que allí se encuentran, que son utilizados en investigación para el avance en medicina, o para la realización de nuevas cirugías o cirugías complicadas que luego se practicarán en humanos.

El celador, aunque pueda parecer un trabajador que sólo realiza tareas secundarias o de poca importancia, es muy importante en el perfecto funcionamiento de los hospitales y en el trato con el paciente.

En este capítulo, vamos a explicar su labor durante una evacuación de un hospital, ante una situación de emergencia o un desastre.

2 Objetivos

Explicar brevemente los aspectos fundamentales a tener en cuenta por un celador durante una evacuación 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.

4 Resultados

El celador debe saber que existen tres tipos de evacuación: por su amplitud (evacuación total del centro o de solo una parte), por su previsibilidad (cuando se conoce el margen de tiempo para la evacuación o cuando la evacuación debe ser inminente) y por el sentido del desplazamiento (horizontal si se realiza en la misma planta, o vertical, si se hace de una planta superior a una inferior o al exterior del edificio).

También debe conocer la diferencia entre pacientes a la hora de la evacuación: válidos (se desplazan por sí solos) o no válidos (aquellos que necesitan al personal laboral para su evacuación).

Por otro lado, existe un orden de evacuación de pacientes según la independencia o no del enfermo: primero saldrán los válidos, después los no válidos más alejados de la salida y en tercer lugar, los no válidos más cercanos a la salida.

Además debe ser conocedor de las técnicas de levantamiento para la evacuación del enfermo: cogiéndole por los hombros pasando nuestro brazo por detrás de su nuca, cogiéndole por las extremidades (dos personas, una coge de los brazos y la otra de las piernas) y el levantamiento mano a mano (los brazos de dos trabajadores forman un asiento, sobre la que irá el paciente sentado).

Y por último, nombraremos las diferentes formas de arrastre: arrastre directo (bien tirándole de las muñecas, sujetándole por las axilas o sobre manta o sábana) y el arrastre indirecto (se inclina una silla donde se encuentra el paciente sentado y se procede al arrastre, apoyando solo las dos patas más cercanas al trabajador; o uno o dos pacientes tumbados en un colchón, son arrastrados por dos trabajadores).

Además de todo esto, tiene que tener conocimiento tanto de las normas de evacuación del hospital donde trabaja, como la ruta de evacuación más segura.

5 Discusión-Conclusión

Al ser el celador el encargado del traslado de pacientes, es muy importante que conozca el plan de evacuación del centro en el que realiza su labor, pero también las distintas técnicas para llevarla a cabo, tanto en pacientes que puedan moverse por si solos, como aquellos que son dependientes.

Debe ser riguroso en el orden establecido, según la situación de movilidad del enfermo y el lugar del hospital en el que se encuentra.

No ser conocedor de todo esto, puede entorpecer la evacuación, con consecuencias graves tanto para los pacientes como para el resto de trabajadores del centro en el que presta sus servicios.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/2023/04/evacuacion-hospitalaria-de-pacientes.html>

"EVACUACIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES" <https://celadoresonline.blogspot.com/>

<https://revistamedica.com/emergencias-evacuacion-seguridad-sanidad/>

"EMERGENCIAS Y EVACUACIÓN UNA SEGURIDAD EN LA SANIDAD"

Ocronos. Vol. V. Nº 12–Diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº12: 299

Capítulo 659

LA ERGONOMÍA DEL PINCHE DE COCINA EN EL HOSPITAL

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

1 Introducción

La ergonomía es la ciencia que busca adaptar el diseño de herramientas, equipos y entornos de trabajo a las características y necesidades del usuario, con el fin de mejorar la seguridad, eficiencia y comodidad en el desempeño de tareas laborales. En entornos hospitalarios, como cocinas y áreas de preparación de alimentos, la ergonomía cobra una importancia particular debido a la necesidad de mantener altos estándares de higiene, productividad y bienestar del personal.

Uno de los utensilios más utilizados en la preparación de alimentos es el pinche de cocina, que puede variar en diseño y funcionalidad. Se va a llevar a cabo un análisis para conocer el diseño del pinche de cocina en los hospitales, con el propósito de identificar áreas de mejora y optimizar su ergonomía.

En ese análisis se tienen que tener en cuenta una serie de factores que van a influir de forma negativa en el trabajo del pinche de cocina de medios hospitalarios. Es necesario conocer los factores que influyen y afectan a la ergonomía para poder

mejorarlos o solucionarlos y que no sea un problema para los trabajadores de ese área.

Si en el trabajo existen buenas condiciones ergonómicas, el trabajador va a realizar su función de forma más cómoda y segura, tanto para él como para las personas a las que va a servir.

2 Objetivos

Conocer las condiciones del trabajo del pinche de cocina y así poder optimizar el diseño y minimizar el riesgo de lesiones ocupacionales de esta población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 resultados del análisis ergonómico revelaron varias áreas de mejora en el diseño del pinche de cocina en entornos hospitalarios:

- Agarre y mango: Se observó que algunos pinches de cocina tenían mangos incómodos o antideslizantes inadecuados, lo que podía causar fatiga y malestar en la mano. En este caso se debería implementar otras medidas necesarias para evitar esas lesiones en las manos y para optimizar el trabajo del pinche de cocina de hospitales.
- Tamaño y peso: Algunos pinches eran demasiado pesados o grandes, lo que dificultaba su manejo y control durante la preparación de alimentos. Además del peso de los alimentos que van a trasladar para preparar las comidas de los enfermos que residen en el hospital.
- Mecanismos de resorte: Los mecanismos de resorte utilizados en algunos pinches podían requerir una fuerza excesiva para operar, lo que podría contribuir a lesiones de muñeca a largo plazo. Es necesario otro tipo de mecanismos para ayudar al pinche a minimizar su exposición a los diferentes riesgos asociados que hay en una cocina de un hospital.

-Ángulo de agarre: Se observó que algunos pinches no permitían un ángulo de agarre natural, lo que podía aumentar la tensión en la muñeca y el antebrazo. Al igual que en el enunciado anterior, es necesario implementar otros métodos de agarre u otro tipo de utensilios que vayan a facilitar el trabajo del pinche de cocina.

-Limpieza: Algunos diseños tenían áreas difíciles de limpiar, lo que podía afectar la higiene y la seguridad alimentaria. Es necesario que el área de cocina, como el resto del hospital tenga unas condiciones óptimas de limpieza y que aquellas áreas que sean difíciles de limpiar las facilite la empresa de una forma u otra.

5 Discusión-Conclusión

El análisis ergonómico del diseño del pinche de cocina en entornos hospitalarios va a resaltar la importancia que tiene considerar cuidadosamente la ergonomía en la selección y diseño de herramientas de cocina. Las mejoras propuestas, como mangos ergonómicos, pesos adecuados y mecanismos de operación suaves, pueden contribuir significativamente a la comodidad y la seguridad del personal de cocina en hospitales. Además, una mayor colaboración entre diseñadores, ergonomistas y usuarios finales puede garantizar la creación de utensilios de cocina que cumplan con los estándares de ergonomía y contribuyan a un entorno laboral más saludable y productivo. Es importante implementar medidas ergonómicas para evitar las lesiones de los trabajadores responsables de cocina.

6 Bibliografía

<https://www.insst.es/documents/94886/214929/intervencion+ergonomica.pdf/4be95af6-6e53-4cee-a7a0-b61e332d88e7?t=1528286874963>
<https://revistamedica.com/prevencion-riesgos-cocinas-hospitalarias/>
<https://docplayer.es/37362826-Aplicacion-de-medidas-ergonomicas-en-una-cocina-industrial-de-un-centro-hospitalario.html>

Capítulo 660

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La salud mental se refiere al estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que una persona es capaz de enfrentar y manejar eficazmente el estrés, las tensiones cotidianas, las emociones y los desafíos de la vida. Implica un equilibrio entre los aspectos emocionales, cognitivos y sociales de la vida de una persona, permitiéndole funcionar de manera productiva y disfrutar de relaciones satisfactorias.

Una buena salud mental abarca varios aspectos, como la capacidad de manejar el estrés y la presión, mantener relaciones positivas, tomar decisiones informadas, tener una autoestima saludable y desarrollar habilidades de afrontamiento para lidiar con los desafíos que surgen. También implica tener una percepción realista de uno mismo y de los demás, y ser capaz de expresar y regular las emociones de manera adecuada.

La salud mental es fundamental para el bienestar general y la calidad de vida de una persona. Cuando la salud mental se ve comprometida, pueden surgir problemas como trastornos mentales, depresión, ansiedad, estrés crónico y otros problemas emocionales y psicológicos. Por lo tanto, es importante cuidar y promover la salud mental a través de prácticas de autocuidado, apoyo social, terapia y, en casos necesarios, tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico.

En el entorno hospitalario, el rol del celador adquiere un papel crucial en el engranaje de una atención sanitaria de alta calidad, cuando se trata de pacientes psiquiátricos, esta atención toma una dimensión particularmente importante.

2 Objetivos

Dar a conocer como una merma en la salud mental, puede llevar al paciente a estar hospitalizado en una unidad psiquiátrica, estando atendido bajo los cuidados de personal sanitario, y personal no sanitario, como son los celadores 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

Más allá de su función logística, el celador desempeña una labor trascendental en el cuidado, bienestar y seguridad de estos pacientes, que enfrentan desafíos emocionales y mentales.

El paciente psiquiátrico requiere una atención única y comprensiva.

Aquí, el celador no solo realiza sus tareas convencionales, como el transporte y la distribución de suministros, sino que también actúa como un intermediario humano entre el entorno clínico y el paciente. La importancia de establecer una conexión empática y de confianza no puede subestimarse. La comunicación no verbal, la escucha activa y la capacidad de crear un ambiente de calma son componentes esenciales para asegurar el bienestar del paciente.

La capacitación del celador en el manejo de pacientes psiquiátricos debe incluir la comprensión de las diversas condiciones mentales, las formas de comunicarse con pacientes que puedan estar desorientados o angustiados, y la identificación de señales de agitación o malestar. Además, el celador debe ser versátil en su enfoque, adaptando sus métodos y estrategias a las necesidades únicas de cada paciente.

La manipulación de cargas y el traslado de pacientes son aspectos delicados en este contexto. El celador debe ser consciente de las sensibilidades emocionales y psicológicas de los pacientes mientras realiza estas tareas. La colaboración fluida con el personal médico y de enfermería es crucial para garantizar que los traslados se realicen con respeto y compasión.

La presencia del celador puede tener un impacto profundo en la experiencia del paciente psiquiátrico. Su apoyo constante y amable no solo facilita la logística cotidiana, sino que también contribuye a establecer un ambiente de apoyo emocional. Esto puede influir positivamente en la salud mental y emocional del paciente, promoviendo la tranquilidad y la confianza en el entorno clínico.

5 Discusión-Conclusión

La salud mental se refiere al bienestar emocional, psicológico y social que permite a una persona manejar el estrés y desafíos, manteniendo un equilibrio en aspectos emocionales, cognitivos y sociales para funcionar y tener relaciones satisfactorias. Implica habilidades como gestionar el estrés, tomar decisiones informadas y expresar emociones adecuadamente. Es crucial para la calidad de vida, y su deterioro puede llevar a trastornos mentales. En entornos hospitalarios, el celador desempeña un papel clave en la atención a pacientes psiquiátricos, actuando como intermediario humano. Requiere empatía, comunicación y comprensión de las condiciones mentales. Además de las tareas logísticas, el celador apoya emocionalmente a los pacientes, lo que influye positivamente en su salud mental y bienestar en el entorno clínico.

6 Bibliografía

- Funciones del CELADOR en PSIQUIATRÍA | FisioStar
- Editorial MAD
- (Microsoft Word - TEMA 9 EL SERVICIO DE PSIQUIATR\315A.doc) (cgt-sanidadlpa.org)

Capítulo 661

EL TRABAJO A TURNOS DEL CELADOR HOSPITALARIO

MARIA DEL CARMEN MESA CASTRO

ROSA MARÍA MUÑOZ SÁNCHEZ

ALEJANDRO MORALES HERNÁNDEZ

JOSÉ MANUEL MORA FERNÁNDEZ

MARIA FERNÁNDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es un sistema laboral en el cual los trabajadores realizan sus tareas en horarios rotativos que abarcan diferentes momentos del día y la noche. En este sistema, los trabajadores se organizan en grupos que se alternan para cubrir las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asegurando la continuidad de la asistencia en entornos que requieren atención constante, como hospitales y servicios de emergencia.

La turnicidad de los celadores en el entorno hospitalario es un aspecto crítico que merece una atención cuidadosa debido a sus impactos tanto en la salud y bienestar de los trabajadores, como en la calidad de la atención médica proporcionada. La turnicidad, que implica horarios de trabajo rotativos que cubren diferentes momentos del día y la noche, es una característica común en muchos hospitales para asegurar la atención eficiente. Sin embargo, esta práctica también puede ll-

evar a una serie de consecuencias significativas que afectan tanto a los celadores como a la organización hospitalaria en su conjunto.

Los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de un hospital, ya que son responsables de una variedad de tareas cruciales, como el transporte de pacientes, la movilización, la distribución de suministros y la colaboración con el personal médico y de enfermería. Debido a la naturaleza ininterrumpida de la atención médica, los celadores a menudo se encuentran trabajando en turnos rotativos que abarcan días, noches y fines de semana. Esta turnicidad puede tener efectos significativos en la salud física y mental de los celadores.

2 Objetivos

Exponer los riesgos a los que se enfrenta el personal hospitalario, en este caso, en la categoría de celador, sometiendo su labor a jornadas de turnos rotativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Uno de los efectos más notables de la turnicidad es la interrupción del ritmo circadiano, que regula los patrones de sueño y vigilia. Los cambios constantes en los horarios de trabajo pueden desencadenar trastornos del sueño, lo que a su vez puede afectar la concentración, la memoria y la toma de decisiones. Además, los trabajadores a turnos rotativos, a menudo experimentan fatiga crónica debido a la falta de sueño adecuado y a la dificultad para ajustar su cuerpo a horarios cambiantes. Esto puede aumentar el riesgo de accidentes y errores en el trabajo, lo que podría tener graves consecuencias para la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención médica.

La turnicidad también puede tener un impacto negativo en la salud mental de los celadores. La falta de una rutina constante y la dificultad para conciliar el sueño pueden llevar a problemas como la ansiedad, la depresión y el estrés. Además, la

turnicidad puede afectar las relaciones familiares y sociales, ya que los celadores pueden tener dificultades para participar en actividades con amigos y seres queridos debido a sus horarios impredecibles.

Desde la perspectiva de la organización hospitalaria, la turnicidad de los celadores puede tener consecuencias en la eficiencia operativa y en la calidad de la atención al paciente. La fatiga y la falta de concentración pueden afectar la capacidad de los celadores para realizar sus tareas de manera eficiente y precisa, lo que podría llevar a retrasos en el transporte de pacientes, errores en la distribución de suministros y otros problemas logísticos. Además, la rotación constante de personal debido a los turnos rotativos puede dificultar la formación y la cohesión del equipo, lo que a su vez podía influir en la comunicación y la colaboración entre los trabajadores de la salud.

Para mitigar las consecuencias negativas de la turnicidad, es importante que los hospitales implementen medidas de apoyo adecuadas para los celadores. Esto podría incluir la adopción de horarios de turnos más predecibles y la consideración de las preferencias individuales de los trabajadores en la asignación de turnos. Además, proporcionar programas de bienestar que incluyan asesoramiento sobre salud mental, estrategias de manejo del estrés y pautas para mejorar la calidad del sueño, podría ayudar a mitigar los efectos negativos de la turnicidad en la salud de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la turnicidad de los celadores en el entorno hospitalario es una práctica necesaria pero que conlleva consecuencias significativas tanto para los trabajadores como para la organización hospitalaria en su conjunto. Si bien es fundamental para garantizar la atención médica continua, la turnicidad puede afectar la salud física y mental de los celadores, así como la eficiencia y calidad de la atención al paciente. Abordar estas cuestiones requiere una combinación de medidas de apoyo y estrategias de gestión de personal que tengan en cuenta tanto las necesidades de los trabajadores como los objetivos de la atención médica de calidad.

6 Bibliografía

- Turnos de trabajo: ¿un factor de riesgo cardiovascular? (isciii.es)
- NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos (insst.es)
- Trabajo a turnos y nocturno: 3 - Patología asociada a la turnicidad | Prevenir

Capítulo 662

EL CELADOR HOSPITALARIO: CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES AGRESIVOS

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

El Celador, como categoría profesional con más número de personal contratado en hospitales, tanto públicos como privados, tiene como funciones generales la de vigilancia de estancias, el traslado de pacientes, e informar a los mismos y a los usuarios que acudan a un centro sanitario.

Pero según en el servicio o unidad donde preste sus servicios, tiene otras funciones particulares al mismo.

También, en determinadas plantas de hospitalización, los pacientes requieren de unos cuidados especiales o diferentes.

En la planta de psiquiatría, el trato con el paciente es más complicado, ya que por su enfermedad, pueden mostrarse algunas veces inquietos e incluso agresivos.

Las personas mayores con Alzheimer o algún tipo de demencia, en ocasiones se sienten desorientadas o asustadas al no entender la causa de su permanencia en el hospital, intentando salir de la habitación o incluso del hospital.

En estos casos, aunque al celador no se le considera personal sanitario, debe ser conocedor de los diferentes tipos de contención, de a qué tipo de enfermo se puede o no aplicar y las técnicas para realizarlos, en colaboración con el personal médico.

Los tipos de contención son: verbal, ambiental, farmacológico y mecánico, pero en este capítulo nos vamos a centrar en la retención mecánica.

2 Objetivos

Explicar de forma breve la contención mecánica que se realiza a pacientes agresivos y en la que colabora el celador junto con trabajadores 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.

4 Resultados

La contención física o mecánica de enfermos, es aquella que se realiza cuando todas las anteriores han sido descartadas y cuando la farmacológica no está indicada en el enfermo a tratar. Siempre, cuando se tenga la certeza de que el sujeto pueda ser una amenaza para sí mismo, para otros pacientes o para el personal laboral.

Hay dos tipos de contención mecánica: parcial (se limita el movimiento de una sola parte del cuerpo como puede ser una extremidad o el tronco, para evitar que el enfermo caiga de la cama al suelo) y la total (es cuando se le inmoviliza para que no pueda realizar ningún tipo de movimiento).

La contención se realizará durante el tiempo necesario, se elegirá la menos restrictiva, informando al paciente previamente de que se le va a realizar. En caso

de que el paciente no esté capacitado para tomar decisiones o que el peligro sea inminente, no será necesario el consentimiento informado por parte del mismo. El sistema de contención mecánica, cuenta con los siguientes elementos: cinturón ancho abdominal, dos sujeciones para los miembros superiores y dos para los miembros inferiores, alargaderas que irán desde las contenciones hasta la cama donde se anclará dicha sujeción, botones de cierre en imán o muelle y la llave magnética.

Puede incorporarse a la contención el uso de una mascarilla, para evitar que pueda llegar a escupir al personal que le está atendiendo.

Todo tipo de contención se hará en una habitación en la que el paciente permanezca solo, es decir, sin otro compañero hospitalizado.

El celador no deberá discutir nunca con el enfermo ni pronunciar palabras o hacer gestos que puedan hacer que aumente su nivel de agresividad.

Siempre se debe preservar la dignidad del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Es importantísimo que en determinados servicios o unidades, con pacientes inquietos, nerviosos o agresivos, el celador conozca los diferentes tipos de contención a aplicarles.

Debe colaborar y estar coordinado con el resto del equipo de profesionales que le acompañan, para realizar la contención en el menor tiempo posible y garantizando en todo momento la seguridad de paciente, del resto de enfermos y de los trabajadores.

El trato al paciente en todo momento será educado y tratando de tranquilizarle, informándole de que se le va a practicar la contención.

Las gerencias hospitalarias no dan esta formación a los celadores, ni les exigen tenerla, ya que no están considerados trabajadores sanitarios.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-contencion-mecanica-pacientes-situacion-actual-S1134282X16301488>

”Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios”

Elsevier. Revista de Calidad Asistencial Vol. 32. Núm. 3. páginas 172-177 (Mayo - Junio 2017) <http://celadoresonline.blogspot.com/2023/04/tipos-de-contencion-o-estrategias-ante.html>

”TIPOS DE CONTENCIÓN O ESTRATEGIAS ANTE UN PACIENTE AGITADO”
<http://celadoresonline.blogspot.com/>

Capítulo 663

EL CELADOR HOSPITALARIO: FUNCIONES

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

Cuando acudimos al servicio de Urgencias, a una planta de hospitalización, a un centro de salud o a cualquier otro centro al que acudamos a recibir asistencia sanitaria, nos encontraremos siempre con el trabajador de la categoría profesional de Celador. De hecho, es el personal con mayor número de contrataciones en hospitales tanto públicos, como privados.

Al celador, el único requisito académico que se le solicita en las bolsas de trabajo públicas sanitarias, es el certificado de Graduado Escolar o su equivalente en la actualidad que es el Graduado en E.S.O.

Es decir, no se le requiere formación a nivel sanitario. trabajador puede prestar servicios de vigilancia en puerta principal, puede ocuparse del traslado de pacientes de unas estancias a otras, donde se le realizarán pruebas o análisis para determinar patologías, participará en el aseo de pacientes, en cambios posturales, etc.

En el Animalario, se ocupará del cuidado, alimentación y aseo de los animales que allí se encuentran, para ser empleados en la investigación médica o en la práctica de cirugías experimentales o de aquellas con una elevada complejidad. El celador, deber ser conocedor de las funciones generales y de las concretas en el servicio o unidad en el que haya sido requerido.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden enumerar y explicar brevemente, algunas de las funciones del celador que presta sus servicios en 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

Funciones generales del celador en centros hospitalarios:

- Traslado y trámite de documentos, comunicaciones verbales o los objetos personales de los pacientes que le hayan sido confiados, de unas estancias a otras.
- En algunas ocasiones, se encargarán de la limpieza, cuando el personal contratado para ello, no pueda acudir y la limpieza se considere necesaria.
- Vigilará que los pacientes, familiares o usuarios, no hagan uso indebido de las instalaciones, objetos, maquinaria, etc., tanto en salas individuales como en aquellas de uso colectivo como salas de espera.
- Vigilarán el acceso al centro o a la planta donde realicen su labor, prohibiendo la entrada a aquellas personas no autorizadas.
- Se ocuparán de que el ambiente permanezca en orden, limpieza y silencio.
- En las plantas de hospitalización, vigilará a los pacientes y a los familiares, para que realicen acciones no permitidas en un hospital.
- Participarán junto al personal sanitario en el aseo del paciente encamado, en cambios posturales, en la sujeción e inmovilización de los mismos y en todo aquello que le sea requerido dentro de sus funciones.

- Trasladarán a los enfermos hospitalizados a las salas donde se les realizarán pruebas médicas que no puedan hacerse en la propia habitación.
- En los quirófanos, si fuera preciso por la ausencia del/la peluquero/a, rasurarán al paciente la parte que se va a tratar y asistirá a los profesionales sanitarios durante la operación que se llevará a cabo. Se encargará de suministrar y trasladar todo el aparataje y los utensilios necesarios.
- En caso de fallecidos a los que se les practica la autopsia, trasladará el cuerpo desde la cámara frigorífica a la mesa de operaciones y una vez terminada la operación, procederá a llevar las muestras a los laboratorios y a su vuelta, aseará al fallecido y rellenará sus partes huecas, para que pueda estar presentable para su familia y seres queridos.
- En el Animalario se ocuparán del cuidado, traslado a las salas de investigación o quirófanos y a la preparación de los animales, así como a su enterramiento o incineración en caso de fallecimiento.
- Serán competencia suya, todas aquellas que sean demandadas por el personal sanitario, siempre de acuerdo a su categoría profesional.

5 Discusión-Conclusión

El celador en los hospitales, según donde realiza su labor, tendrá unas funciones generales pero otras concretas e incluso únicas.

Deberá informarse de cuáles son esas funciones y del tipo de pacientes con los que va a trabajar.

En algunos servicios, las condiciones del paciente requieren de unas habilidades concretas.

Debe estar coordinado con el resto de compañeros y estar dispuesto a colaborar. Conocer todas sus funciones, le permitirá realizar su trabajo de una forma eficiente y resolutive.

Son las gerencias las encargadas de formar o informar al celador de sus funciones, que en muchas ocasiones, son los propios compañeros y superiores los que ofrecen esta información al trabajador, sin recibir compensación alguna por realizar labores de docencia.

6 Bibliografía

<https://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>
 "FUNCIONES DEL CELADOR" <https://celadoresonline.blogspot.com/>
<https://revistamedica.com/funciones-basicas-del-celador/>

”FUNCIONES BÁSICAS DEL CELADOR”

Ocronos. Vol. V. N° 4–Abril 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°4: 111

Capítulo 664

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La unidad de trasplantes es un entorno hospitalario altamente especializado donde se llevan a cabo procedimientos médicos complejos y vitales, como los trasplantes de órganos y tejidos. En este contexto, la presencia y participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental para brindar una atención integral y apoyo tanto a los pacientes como al equipo médico. A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle el papel crucial que el Técnico desempeña en la unidad de trasplantes, destacando sus funciones, responsabilidades y su impacto en la atención a los pacientes sometidos a estos procedimientos de vital importancia.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una unidad de trasplantes puede variar según el tamaño del hospital, la complejidad

de los casos de trasplante, la cantidad de pacientes que se atienden y las políticas internas de personal del hospital. Debido a la naturaleza crítica y altamente especializada de la unidad de trasplantes, es posible que el hospital cuente con un equipo de Técnicos dedicado a esta área para garantizar una atención integral y eficiente.

En general, las unidades de trasplantes suelen contar con un equipo interdisciplinario que incluye médicos, enfermeras, Técnicos, especialistas en cuidados intensivos y otros profesionales de la salud. La cantidad exacta de Técnicos puede depender de varios factores, como el número de camas de la unidad, la cantidad de procedimientos de trasplante programados y la carga de trabajo prevista.

Es importante tener en cuenta que, independientemente del número específico de Técnicos en la unidad de trasplantes, su presencia y colaboración son esenciales para garantizar una atención de calidad y cuidados compasivos para los pacientes que se someten a procedimientos tan críticos y delicados como los trasplantes. Su trabajo en equipo con otros profesionales de la salud contribuye al bienestar y la recuperación exitosa de los pacientes en esta área especializada.

2 Objetivos

- funciones, responsabilidades y su impacto en la atención a los pacientes sometidos a estos procedimientos de vital importancia por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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 rol fundamental en la unidad de trasplantes al brindar cuidados integrales y apoyo tanto

a los pacientes como al equipo médico. Sus funciones son esenciales para asegurar que los pacientes reciban una atención de calidad y se encuentren en un entorno seguro durante todo el proceso de trasplante. Algunas de las funciones clave del Técnico en la unidad de trasplantes incluyen:

- Preparación del Paciente: Ayudar en la preparación del paciente para el procedimiento de trasplante, colaborando en la administración de medicamentos preoperatorios y asegurando que se sigan las instrucciones médicas y las pautas preoperatorias.
- Monitorización y Control: Colaborar en la monitorización constante de los signos vitales del paciente antes, durante y después del procedimiento de trasplante. Informar al equipo de salud sobre cualquier cambio significativo en el estado del paciente.
- Asistencia en Procedimientos: Apoyar al equipo médico en la preparación y el desarrollo de procedimientos de trasplante, como la colocación de catéteres, la toma de muestras y otras intervenciones médicas.
- Cuidados Postoperatorios: Brindar cuidados postoperatorios a los pacientes tras el procedimiento de trasplante. Asistir en la movilización, administración de medicamentos y control de posibles complicaciones.
- Higiene y Confort: Asegurar la higiene personal del paciente, incluyendo la asistencia en la movilización, el cambio de ropa de cama y la satisfacción de las necesidades básicas para garantizar su comodidad.
- Apoyo Emocional: Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad al paciente y a sus familiares. Abordar sus preocupaciones y proporcionar información sobre el proceso de trasplante.
- Colaboración Interdisciplinaria: Trabajar en equipo con enfermeras, médicos, especialistas en cuidados intensivos y otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral y coordinada del paciente.
- Documentación: Registrar de manera precisa y completa todas las intervenciones realizadas, los signos vitales y las observaciones relevantes sobre el estado del paciente.
- Seguridad: Identificar y abordar posibles riesgos o situaciones de peligro en el entorno del paciente, asegurando su seguridad y bienestar.

- Educación al Paciente: Brindar información básica al paciente sobre los cuidados postoperatorios, las restricciones y las indicaciones médicas posteriores al trasplante.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel de vital importancia en la unidad de trasplantes, donde se llevan a cabo procedimientos médicos altamente especializados y cruciales para la vida de los pacientes. Su contribución es esencial para garantizar una atención integral, segura y de calidad a los pacientes sometidos a estos procedimientos delicados.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña funciones variadas que van desde la preparación del paciente, la asistencia en procedimientos, la monitorización de signos vitales, la administración de cuidados postoperatorios hasta el apoyo emocional y la colaboración interdisciplinaria. Su presencia en la unidad de trasplantes asegura que los pacientes reciban cuidados personalizados, atención emocional y la asistencia necesaria durante todo el proceso.

La capacidad del Técnico para trabajar en equipo, comunicarse efectivamente con los pacientes y el personal médico, y mantener la calma en situaciones de estrés es esencial en la unidad de trasplantes. Su dedicación y profesionalismo contribuyen significativamente a la recuperación exitosa de los pacientes y a la calidad general de los cuidados proporcionados en esta área especializada.

En última instancia, en la unidad de trasplantes desempeña un papel fundamental al brindar cuidados compasivos y apoyo esencial, colaborando con otros profesionales de la salud para garantizar la mejor atención posible a los pacientes en una etapa tan crítica de su tratamiento médico.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 665

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIONES MENTALES

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las instituciones mentales desempeñan un papel crucial en la atención y tratamiento de personas con trastornos mentales, proporcionando un ambiente seguro y terapéutico para su recuperación. En este entorno, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel esencial al brindar cuidados y apoyo a los pacientes con trastornos mentales, contribuyendo al bienestar de los residentes y al funcionamiento eficiente de la institución. A lo largo de esta exploración, examinaremos en detalle las funciones y responsabilidades del Técnico en instituciones mentales, destacando su papel en la atención integral de los pacientes y en la creación de un entorno terapéutico propicio para su recuperación y mejora de su calidad de vida.

En instituciones mentales, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) pueden enfrentar ciertos riesgos y desafíos debido a la naturaleza de su entorno de trabajo y al tipo de población a la que brindan cuidados. Algunos de los posibles peligros que los Técnicos podrían enfrentar en instituciones mentales incluyen (Comportamiento Agresivo o Violento, Riesgo de autolesiones, Exposición a Situaciones Estresantes, Medicamentos y Sustancias, Infecciones y Enfermedades, Trabajo en Equipo con Pacientes Desafiadores y Estrés y Agotamiento) El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que ser consciente del riesgo para velar por su seguridad.

2 Objetivos

- Exponer las funciones y responsabilidades del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en instituciones mentales.
- Describir la atención integral de los pacientes y en la creación de un entorno terapéutico propicio para su recuperación y mejora de su calidad de vida.

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

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en instituciones mentales son esenciales para brindar cuidados integrales y apoyo a los pacientes con trastornos mentales. Su labor contribuye significativamente al bienestar y la mejora de la calidad de vida de los residentes en estas instituciones. Algunas de las funciones del Técnico en instituciones mentales incluyen:

- Cuidado Personal: Asistir en la higiene personal, alimentación y movilización de los pacientes. Ayudar a los pacientes a vestirse y mantener su apariencia personal.

- Observación y Vigilancia: Supervisar constantemente a los pacientes para detectar cambios en su estado físico y emocional. Identificar signos de malestar o deterioro de la salud.
- Apoyo Emocional: Brindar apoyo emocional y comprensión a los pacientes. Escuchar sus preocupaciones y proporcionar un ambiente de confianza donde puedan expresar sus sentimientos.
- Participación en Terapias y Actividades: Colaborar en la implementación de terapias ocupacionales, actividades recreativas y programas terapéuticos diseñados para mejorar el bienestar mental y emocional de los pacientes.
- Administración de Medicamentos: Bajo supervisión, ayudar en la administración de medicamentos siguiendo las pautas y protocolos establecidos por el personal de enfermería.
- Mantenimiento del Entorno: Mantener limpio y ordenado el entorno de trabajo y las áreas comunes. Proporcionar un ambiente seguro y cómodo para los pacientes.
- Comunicación y Reporte: Mantener una comunicación efectiva con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud. Reportar cualquier cambio significativo en el estado de los pacientes.
- Prevención de Riesgos: Identificar y abordar situaciones potencialmente peligrosas o riesgosas para los pacientes o para el personal. Implementar medidas de prevención adecuadas.
- Documentación: Registrar de manera precisa y completa las intervenciones realizadas, los signos vitales, las observaciones y cualquier información relevante sobre los pacientes.
- Colaboración en el Plan de Cuidados: Trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario para implementar el plan de cuidados individualizado de cada paciente, contribuyendo a su recuperación y estabilidad emocional.
- Apoyo en Crisis: Colaborar en la gestión de crisis o situaciones de emergencia que puedan surgir en el entorno de la institución mental.
- Promoción de la Autonomía: Fomentar la independencia y autonomía de los pacientes en la medida de lo posible, respetando sus decisiones y capacidades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en instituciones mentales es de gran importancia para brindar un cuidado integral y apoyo emocional a los pacientes con trastornos mentales. Las funciones del Técnico abarcan desde la asistencia en la higiene personal y la administración de medicamentos hasta la observación constante de los pacientes y la participación en terapias y actividades terapéuticas. Su labor contribuye a crear un entorno seguro, respetuoso y terapéutico donde los pacientes puedan recibir la atención que necesitan para su bienestar mental y emocional.

Desempeña un papel crucial al ser una figura cercana y comprensiva para los pacientes, brindándoles apoyo emocional y ayudándoles en sus actividades diarias. Además, su capacidad para comunicarse efectivamente con el equipo de salud y reportar cualquier cambio en el estado de los pacientes es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los residentes en la institución.

Es fundamental que los Técnicos en instituciones mentales reciban la capacitación adecuada para abordar situaciones desafiantes, como la agresión o la ansiedad de los pacientes. Además, la empatía y la sensibilidad hacia las necesidades de los pacientes son cualidades esenciales para crear un ambiente de confianza y promover la recuperación.

En resumen, el Técnico en instituciones mentales desempeña un rol esencial al brindar cuidados compasivos, apoyo emocional y atención integral a los pacientes con trastornos mentales. Su labor contribuye en gran medida a mejorar la calidad de vida de los residentes y a crear un entorno terapéutico propicio para su recuperación.

6 Bibliografía

-Pubmed

-Scielo

Capítulo 666

EL CELADOR HOSPITALARIO: EVACUACIÓN POR EMERGENCIA

MARI ÁNGELES LÓPEZ JIMENEZ

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

DOMENICA AUDITORE BRICHETE

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

La persona que se encarga del traslado de pacientes en un centro hospitalario, es el trabajador de la categoría profesional de Celador.

Debe conocer las distintas técnicas, ya estudiadas y publicadas, de traslado de pacientes ya sea en silla de ruedas, cama o camilla.

También tiene que distinguir los diferentes tipos de camas que existen en los hospitales y a qué tipo de pacientes van destinadas.

Es importante que conozca las posturas anatómicas y cómo realizar los cambios oportunos para llegar de unas a otras.

Se encargará en las plantas de hospitalización, junto con el personal sanitario, del aseo de los pacientes, los cambios posturales, la sujeción y la inmovilización de los mismos.

Pero algo muy importante, es que tenga claro el plan de evacuación del centro donde trabaja, de la forma de realizarlo en caso de emergencia y de encontrar las

salidas de y llevar a los pacientes a las mismas, en el orden y con la clasificación de los enfermos adecuada, para minimizar riesgos y no poner en peligro la vida de nadie.

A continuación, vamos a explicar brevemente cómo se debe realizar la evacuación, el orden según la clasificación de los pacientes para que esta se realiza en el menor tiempo posible.

2 Objetivos

Explicar brevemente la forma de evacuar a los pacientes de un hospital, en una emergencia, por parte del celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 evacuaciones de hospitales por emergencia, pueden ser de una planta sólo por un problema en ella, o del hospital al completo.

También se diferencian en cuanto al tiempo de reacción, es decir, si se tiene tiempo de actuación desde que se declara la alarma, hasta que llegue el peligro o si el peligro es inminente.

Muchos de los enfermos podrán ser evacuados en las camas en las que se encuentran o en sillas de ruedas, pero a otros, se les deberá aplicar otras técnicas, según requiera el tiempo de reacción con el que se cuenta.

La evacuación puede ser horizontal o vertical: al exterior del edificio o de una planta superior a otra inferior (en caso de sólo evacuar una planta determinada). En cuando a los pacientes, se valorarán entre válidos (los que saldrán los primeros por sí solos) y no válidos (no pueden moverse y necesitan ayuda) y dentro de estos últimos, los válidos más lejanos a la salida, que son los primeros a los que se recogerá dentro de los no válidos y los más cercanos a la puerta de salida que saldrán en último lugar.

Hay varias formas de trasladar a pacientes en cuanto a su levantamiento: el celador, pasa el brazo cercano a él del enfermo por encima de su cabeza, le sujeta por la cintura y le ayuda a trasladarse. Otra forma es la de que un celador coge al enfermo por las piernas, otro por las extremidades superiores y le trasladan. La tercera es que dos trabajadores colocan entre sí, los brazos en forma de asiento, se coloca el enfermo encima y pueden trasladarlo.

En el caso de necesitar arrastrar al enfermo, puede sujetarle por las axilas y el celador de espaldas, realizará el traslado. Otra forma es la de tirar de las muñecas del enfermo, también el celador de espaldas.

Otra opción es sentar al paciente en una silla, inclinar la misma hacia atrás, permaneciendo apoyadas al suelo sólo dos patas y procediendo al arrastre.

La última forma de arrastre, es tumbando a uno o varios pacientes en un colchón situado en el suelo, que cada trabajador coja de una punta del mismo y lo lleven arrastras hasta la salida.

El celador debe saber dónde estás las salidas más cercanas al punto en el que se encuentra y no dudar a la hora de proceder a la evacuación.

5 Discusión-Conclusión

Ya que el celador se encarga del traslado de los enfermos en los centros hospitalarios, en caso de evacuación de emergencia en los mismos, tiene que tener claras las diferencias entre tipos de enfermos según su movilidad, las técnicas o formas de levantamiento y arrastre, el orden de los enfermos en la evacuación y coordinarse con el resto de trabajadores para realizar la operación en el menor tiempo posible.

Debe conocer a la perfección el plano del hospital para llegar a la salida lo antes posible, sin llegar a ser un obstáculo para el resto de trabajadores y enfermos que participan en la evacuación.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/planes-evacuacion-centros-hospitalarios/>
"PLANES DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS"
Ocronos. Vol. IV. Nº 7–Julio 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº7: 65.
2. <https://celadoresonline.blogspot.com/2023/04/evacuacion-hospitalaria-de-pacientes.html>
"EVACUACIÓN HOSPITALARIA DE PACIENTES".
3. <https://celadoresonline.blogspot.com/>.

4. <https://revistamedica.com/emergencias-evacuacion-seguridad-sanidad/>.

Capítulo 667

CUIDADOS Y AYUDA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

ARACELI CARVAJAL TANTE

SONIA CORROCHANO GARRIDO

TAMARA CARRILLO LÓPEZ

CRISTINA REQUENA MARTINEZ

NOEMÍ CAMPILLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento médico crucial que implica la inserción de un tubo a través de la tráquea para asegurar una vía aérea permeable en pacientes que requieren asistencia respiratoria. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) o el Auxiliar de Enfermería juega un papel esencial al brindar cuidados y ayuda durante el proceso de intubación. A lo largo de este análisis, exploraremos en detalle la importancia de la función del Técnico o Auxiliar de Enfermería en la intubación endotraqueal, destacando sus responsabilidades y contribuciones para garantizar un procedimiento seguro y eficaz que beneficie a los pacientes en situaciones críticas.

Como cualquier procedimiento médico, puede llevar a complicaciones. Algunas de las complicaciones posibles de la intubación endotraqueal incluyen (Lesiones de las Vías Aéreas, Intubación Dificil o Fallida, Daño Dental o de Estructuras Orales, Aspiración Pulmonar, Daño de las Cuerdas Vocales, Infecciones, Barotrauma). Es importante destacar que, si bien estas complicaciones son posibles, la intubación endotraqueal sigue siendo una herramienta crucial en la atención médica de emergencia. Los profesionales de la salud capacitados, incluidos los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajan en equipo para minimizar estos riesgos y brindar una atención segura y efectiva a los pacientes que requieren este procedimiento.

2 Objetivos

Conocer los cuidados y ayuda del TCAE en la intubación endotraqueal.

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

Los TCAE desempeñan un papel importante en la intubación endotraqueal al brindar cuidados y asistencia durante todo el proceso. Sus funciones durante la intubación endotraqueal pueden incluir:

- Preparación del Material: Preparar el equipo necesario para la intubación, como el tubo endotraqueal, el laringoscopio, el material de fijación y otros suministros requeridos.
- Apoyo al Equipo Médico: Colaborar con el equipo médico durante la intubación, asegurando que los instrumentos estén listos y disponibles, y brindando ayuda en la manipulación de los dispositivos.
- Posicionamiento del Paciente: Ayudar a posicionar al paciente en la posición

adecuada para facilitar la intubación, como la colocación de la cabeza en la posición de "cabeza en alto".

- Monitorización: Asistir en la monitorización continua del paciente durante la intubación, asegurando que se mantengan los signos vitales y que el paciente esté adecuadamente oxigenado.
- Succión de las Vías Aéreas: Asistir en la succión de las vías aéreas para eliminar secreciones y asegurar una visión clara de las cuerdas vocales durante la intubación.
- Maniobras de Sellick: Colaborar en la aplicación de la maniobra de Sellick, que implica comprimir la cartílago cricoides para prevenir la aspiración de contenido gástrico durante la intubación.
- Apoyo Emocional: Proporcionar apoyo emocional al paciente y explicar el procedimiento de manera comprensible para reducir su ansiedad y temor.
- Transferencia Segura: Ayudar en la transferencia del paciente hacia y desde la camilla o la cama, manteniendo la estabilidad de las vías aéreas y asegurando su comodidad.
- Documentación: Registrar adecuadamente los detalles del procedimiento, incluyendo la fecha, hora, medicamentos utilizados y cualquier incidente relevante.
- Recolección de Muestras: Colaborar en la recolección de muestras de sangre, gases arteriales u otras muestras necesarias antes o después de la intubación.
- Asistencia Post-Intubación: Después de la intubación, colaborar en la conexión del paciente al ventilador mecánico y en la monitorización continua de su estado.
- Comunicación Efectiva: Mantener una comunicación clara y efectiva con el equipo médico y el paciente para asegurar que todas las etapas del procedimiento se realicen sin problemas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de los TCAE en la intubación endotraqueal es de suma importancia para garantizar un procedimiento seguro y exitoso. A través de su colaboración y asistencia en todas las etapas del proceso, desempeñan un rol esencial en la atención integral del paciente que requiere soporte respiratorio

mediante la intubación.

Se encargan de preparar el equipo necesario, colaborar con el equipo médico, posicionar al paciente adecuadamente, asistir en la monitorización y documentación, y brindar apoyo emocional tanto al paciente como al equipo médico. Además, su ayuda en la succión de las vías aéreas, la aplicación de la maniobra de Sellick y la transferencia segura del paciente son cruciales para el éxito del procedimiento.

El Técnico juega un rol importante en la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud, asegurando que se sigan los protocolos y que la información se transmita de manera precisa. Su presencia y apoyo son fundamentales para crear un ambiente seguro y tranquilo durante un procedimiento que puede ser estresante tanto para el paciente como para el equipo médico.

En última instancia, los Técnicos contribuyen significativamente al bienestar del paciente al brindar cuidados y ayuda durante la intubación endotraqueal, lo que refuerza la importancia de su función en la atención integral y colaborativa dentro del entorno médico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 668

EL CELADOR: PACIENTE CARDÍACO DESDE SU INGRESO HASTA SU ALTA HOSPITALARIA

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Un paciente 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 necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, lo facilita y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.

En este capítulo vamos a ver de manera general el tratamiento realizado de un celador de un paciente cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente se hablará de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente 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 paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, 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 paciente 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 alguna paciente 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 paciente, 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 pacientes suelen realizarse 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 realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente 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 paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente 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 la paciente 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 paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación, el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en UCI en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.

Normalmente, al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.

El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente 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 paciente.

Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar 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 paciente lo necesita, el celador deberá ayudar en el aseo del paciente, 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 pacientes 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 paciente, el celador si hace falta acompañará hasta la salida al paciente o realizará este trayecto en silla de ruedas si el paciente 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 paciente 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 paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en 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/realizar-cirugia-cardiovascular/>.
2. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular>.

Capítulo 669

SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LAS TAREAS DEL CELADOR

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

1 Introducción

El servicio de radiología hospitalaria es una parte esencial del campo de la medicina que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento mediante imágenes médicas. Este servicio utiliza tecnologías de imagenología como radiografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ecografías y fluoroscopias para visualizar el interior del cuerpo y evaluar la estructura y función de los órganos y tejidos.

Los profesionales de la radiología, como radiólogos y técnicos de radiología, trabajan en conjunto para producir imágenes detalladas que ayudan en el diagnóstico de diversas condiciones médicas, desde fracturas óseas hasta enfermedades más complejas como cáncer y trastornos cardiovasculares. Además del diagnóstico, el servicio de radiología también desempeña un papel importante en la planificación de tratamientos, como la radioterapia en el caso del cáncer.

La radiología hospitalaria requiere equipos avanzados y conocimientos técnicos especializados para operar y analizar las imágenes obtenidas. La colaboración con otros departamentos médicos es crucial para garantizar que las imágenes sean interpretadas de manera precisa y que los resultados se integren en el plan de tratamiento general del paciente. En resumen, el servicio de radiología hospitalaria desempeña un papel vital en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas afecciones médicas, aprovechando las tecnologías de imagenología para brindar información valiosa a los profesionales de la salud y mejorar la atención al paciente.

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 en el servicio de radiología hospitalaria desempeña un papel esencial para garantizar el flujo eficiente de pacientes y el funcionamiento adecuado de esta área crítica. Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades clave:

Recepción y Orientación de Pacientes: El celador es a menudo el primer punto de contacto para los pacientes que llegan al servicio de radiología. Deben brindar una bienvenida amable, explicar los procedimientos a seguir y tranquilizar a los pacientes ansiosos, creando un ambiente de comodidad y seguridad.

Transporte de Pacientes: El traslado seguro de los pacientes a las áreas de radiología es una responsabilidad fundamental. Esto puede implicar el uso de sillas de ruedas o camillas según las necesidades del paciente, garantizando su seguridad y comodidad durante el proceso.

Coordinación de Citas y Flujos de Trabajo: Los celadores ayudan a coordinar las citas de los pacientes, asegurando que se cumplan los horarios y evitando demoras innecesarias. También colaboran con el personal de radiología para mantener un flujo de trabajo eficiente.

Apoyo en Procedimientos: Durante los procedimientos de imagenología, los celadores pueden asistir al personal técnico y enfermeras, proporcionando el equipo necesario y garantizando que los pacientes estén preparados adecuadamente para las pruebas.

Limpieza y Mantenimiento: La limpieza y desinfección de las áreas de radiología son esenciales para prevenir infecciones. Los celadores colaboran en el mantenimiento de la limpieza y pueden ayudar a asegurarse de que las áreas estén bien equipadas.

Seguridad: La seguridad de los pacientes es una prioridad. Los celadores deben estar atentos a cualquier situación que pueda representar un riesgo, como la presencia de objetos metálicos durante una resonancia magnética, y tomar medidas para prevenir accidentes.

Comunicación con el Personal de Radiología: Los celadores mantienen una comunicación constante con el personal de radiología, proporcionando información sobre la llegada de pacientes y cualquier necesidad especial que puedan tener.

Apoyo Emocional: En situaciones de estrés, como la realización de una biopsia o el diagnóstico de una enfermedad grave, los celadores pueden brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ofreciendo comprensión y empatía.

El celador en el servicio de radiología hospitalaria juega un papel vital en la atención de los pacientes al garantizar una experiencia segura y cómoda durante los procedimientos de imagenología. Su capacidad para coordinar, asistir y brindar apoyo emocional contribuye significativamente al funcionamiento efectivo de este importante departamento médico.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de radiología, el celador debe ser un eslabón clave en la cadena de atención. Mi recomendación principal es mantener un equilibrio entre eficiencia y empatía. La puntualidad y la organización en la coordinación de citas y traslados de pacientes son esenciales para garantizar un

flujo de trabajo sin problemas. Al mismo tiempo, es crucial mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes, quienes a menudo pueden estar ansiosos o preocupados por los procedimientos de imagenología. Brindarles apoyo emocional, escuchar sus inquietudes y explicar de manera clara y tranquilizadora los procesos a seguir puede marcar una gran diferencia en su experiencia.

Además, el celador debe ser proactivo en la identificación y resolución de problemas logísticos para garantizar que el servicio funcione de manera eficaz. En resumen, equilibrar la eficiencia con la empatía y estar atento a las necesidades de los pacientes contribuirá en gran medida a un servicio de radiología hospitalaria exitoso.

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 670

EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA HOSPITALARIO Y LAS TAREAS DEL CELADOR EN ESTE ÁREA

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

1 Introducción

El servicio de radiología hospitalaria es una parte esencial del campo de la medicina que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento mediante imágenes médicas. Este servicio utiliza tecnologías de imagenología como radiografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ecografías y fluoroscopias para visualizar el interior del cuerpo y evaluar la estructura y función de los órganos y tejidos.

Los profesionales de la radiología, como radiólogos y técnicos de radiología, trabajan en conjunto para producir imágenes detalladas que ayudan en el diagnóstico de diversas condiciones médicas, desde fracturas óseas hasta enfermedades más complejas como cáncer y trastornos cardiovasculares. Además del diagnós-

tico, el servicio de radiología también desempeña un papel importante en la planificación de tratamientos, como la radioterapia en el caso del cáncer.

La radiología hospitalaria requiere equipos avanzados y conocimientos técnicos especializados para operar y analizar las imágenes obtenidas. La colaboración con otros departamentos médicos es crucial para garantizar que las imágenes sean interpretadas de manera precisa y que los resultados se integren en el plan de tratamiento general del paciente. En resumen, el servicio de radiología hospitalaria desempeña un papel vital en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas afecciones médicas, aprovechando las tecnologías de imagenología para brindar información valiosa a los profesionales de la salud y mejorar la atención al paciente.

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 en el servicio de radiología hospitalaria desempeña un papel esencial para garantizar el flujo eficiente de pacientes y el funcionamiento adecuado de esta área crítica. Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades clave:

Recepción y Orientación de Pacientes: El celador es a menudo el primer punto de contacto para los pacientes que llegan al servicio de radiología. Deben brindar una bienvenida amable, explicar los procedimientos a seguir y tranquilizar a los pacientes ansiosos, creando un ambiente de comodidad y seguridad.

Transporte de Pacientes: El traslado seguro de los pacientes a las áreas de radiología es una responsabilidad fundamental. Esto puede implicar el uso de sillas de

ruedas o camillas según las necesidades del paciente, garantizando su seguridad y comodidad durante el proceso.

Coordinación de Citas y Flujos de Trabajo: Los celadores ayudan a coordinar las citas de los pacientes, asegurando que se cumplan los horarios y evitando demoras innecesarias. También colaboran con el personal de radiología para mantener un flujo de trabajo eficiente.

Apoyo en Procedimientos: Durante los procedimientos de imagenología, los celadores pueden asistir al personal técnico y enfermeras, proporcionando el equipo necesario y garantizando que los pacientes estén preparados adecuadamente para las pruebas.

Limpieza y Mantenimiento: La limpieza y desinfección de las áreas de radiología son esenciales para prevenir infecciones. Los celadores colaboran en el mantenimiento de la limpieza y pueden ayudar a asegurarse de que las áreas estén bien equipadas.

Seguridad: La seguridad de los pacientes es una prioridad. Los celadores deben estar atentos a cualquier situación que pueda representar un riesgo, como la presencia de objetos metálicos durante una resonancia magnética, y tomar medidas para prevenir accidentes.

Comunicación con el Personal de Radiología: Los celadores mantienen una comunicación constante con el personal de radiología, proporcionando información sobre la llegada de pacientes y cualquier necesidad especial que puedan tener.

Apoyo Emocional: En situaciones de estrés, como la realización de una biopsia o el diagnóstico de una enfermedad grave, los celadores pueden brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ofreciendo comprensión y empatía.

El celador en el servicio de radiología hospitalaria juega un papel vital en la atención de los pacientes al garantizar una experiencia segura y cómoda durante los procedimientos de imagenología. Su capacidad para coordinar, asistir y brindar apoyo emocional contribuye significativamente al funcionamiento efectivo de este importante departamento médico.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del servicio de radiología, el celador debe ser un eslabón clave en la cadena de atención. Mi recomendación principal es mantener un equilibrio entre eficiencia y empatía. La puntualidad y la organización en la coordinación de citas y traslados de pacientes son esenciales para garantizar un flujo de trabajo sin problemas. Al mismo tiempo, es crucial mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes, quienes a menudo pueden estar ansiosos o preocupados por los procedimientos de imagenología. Brindarles apoyo emocional, escuchar sus inquietudes y explicar de manera clara y tranquilizadora los procesos a seguir puede marcar una gran diferencia en su experiencia.

Además, el celador debe ser proactivo en la identificación y resolución de problemas logísticos para garantizar que el servicio funcione de manera eficaz. En resumen, equilibrar la eficiencia con la empatía y estar atento a las necesidades de los pacientes contribuirá en gran medida a un servicio de radiología hospitalaria exitoso.

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 671

TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA

NATALIA MARCOS GÓMEZ

RAUL MARTIN CARO CUDERO

MARTA ALANIS AVILA

CRISTINA CAMINO MUÑOZ

MIGUEL ANGEL ASPERILLA LOPEZ

1 Introducción

El servicio de planta de medicina interna es un componente fundamental en la atención hospitalaria que se centra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades médicas no quirúrgicas en adultos. Esta especialidad médica aborda una amplia gama de afecciones, desde enfermedades cardíacas y respiratorias hasta trastornos gastrointestinales y renales.

En la planta de medicina interna, los pacientes son admitidos para recibir atención continua y multidisciplinaria. Los médicos internistas, junto con un equipo de enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud, colaboran en la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Esto puede incluir la administración de medicamentos, monitoreo de signos vitales, realización de pruebas diagnósticas y la implementación de terapias específicas.

Además de la atención médica directa, se presta atención a la educación del paciente y la promoción de la prevención de enfermedades. Los internistas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias para explicar diagnósticos, opciones de tratamiento y cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para mejorar la salud a largo plazo.

La coordinación entre los diferentes miembros del equipo médico es esencial en la planta de medicina interna, ya que los pacientes pueden presentar múltiples condiciones médicas. La atención se enfoca en abordar las necesidades individuales de cada paciente, con un enfoque en la atención integral y la gestión efectiva de las enfermedades crónicas.

El servicio de planta de medicina interna en un hospital desempeña un papel fundamental en la atención médica de adultos con una amplia variedad de afecciones médicas. Proporciona atención multidisciplinaria, promoción de la salud y educación del paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes.

2 Objetivos

Explicar las distintas funciones que tiene el celador en el servicio de medicina interna 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del celador en el servicio de medicina interna hospitalaria es crucial para asegurar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal médico. Sus funciones abarcan diversas responsabilidades que contribuyen al buen funcionamiento de la unidad:

Recepción y Orientación de Pacientes: El celador a menudo es la primera persona que los pacientes encuentran al llegar a la planta de medicina interna. Deben dar una bienvenida amable, proporcionar información sobre las rutinas y procedimientos hospitalarios, y tranquilizar a los pacientes que puedan sentirse ansiosos.

Transporte de Pacientes: Uno de los roles más importantes es el transporte seguro de pacientes a diferentes áreas del hospital, como habitaciones, salas de tratamiento, estudios de diagnóstico o quirófanos. Esto implica utilizar camillas, sillas de ruedas u otras ayudas de movilidad cuando sea necesario.

Asistencia a Enfermeras y Personal Médico: Los celadores pueden asistir al personal médico y de enfermería en la movilización de pacientes, preparación para procedimientos médicos o la administración de tratamientos.

Mantenimiento y Limpieza: Mantener un entorno limpio y ordenado es esencial para la seguridad y comodidad de los pacientes. Los celadores pueden colaborar en la limpieza y desinfección de las áreas de la unidad y en el mantenimiento de suministros necesarios.

Gestión de Equipos Médicos: A menudo, son responsables de la distribución y gestión de equipos médicos, como sillas de ruedas, camillas y monitores de signos vitales, asegurando que estén disponibles y en buen estado.

Seguridad: La seguridad de los pacientes es prioritaria. Los celadores deben estar alerta ante situaciones que puedan representar un riesgo, como caídas o comportamientos agresivos, y tomar medidas para prevenir incidentes.

Comunicación: Mantienen una comunicación constante con el personal de enfermería y médico, transmitiendo información relevante sobre el estado y las necesidades de los pacientes. También pueden ser el enlace entre los pacientes y sus familiares.

Apoyo Emocional: Aunque no son profesionales de la salud mental, pueden brindar apoyo emocional al escuchar a los pacientes y estar atentos a sus necesidades emocionales, especialmente en momentos de angustia.

Coordinación de Transporte y Citas: Pueden ser responsables de coordinar el transporte de pacientes a estudios de diagnóstico o procedimientos fuera de la unidad, asegurándose de que se cumplan las citas médicas.

El celador en el servicio de medicina interna hospitalaria desempeña un papel integral en la atención de los pacientes y el funcionamiento general de la unidad. Su capacidad para brindar asistencia logística, mantener la seguridad y comodidad de los pacientes, y facilitar una comunicación eficaz es esencial para garantizar una atención de calidad en este entorno médico.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de la planta de medicina interna, el celador debe priorizar la seguridad, la empatía y la eficiencia. Asegúrese de que las instalaciones estén limpias y ordenadas, minimizando los riesgos de infecciones y accidentes. Sea puntual y eficiente al coordinar el transporte de pacientes y citas médicas, evitando demoras innecesarias.

Mantenga una actitud empática y compasiva hacia los pacientes y sus familias. Escuche sus preocupaciones y necesidades, brindando apoyo emocional cuando sea necesario. Sea un enlace efectivo entre los pacientes, el personal médico y de enfermería, facilitando una comunicación fluida.

Además, esté atento a las necesidades de los pacientes, especialmente en situaciones de emergencia o crisis. Su capacidad para resolver problemas y tomar medidas rápidas puede ser crucial.

Al enfocarse en la seguridad, la empatía y la eficiencia, el celador puede contribuir significativamente al bienestar de los pacientes y al buen funcionamiento de la planta de medicina interna, creando un ambiente de atención médica efectiva y compasiva.

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 672

COORDINACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL EQUIPO MEDICO

ELENA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La coordinación entre el personal auxiliar administrativo y el equipo médico desempeña un papel crucial en la eficiencia y calidad de la atención médica en cualquier entorno sanitario. Esta colaboración efectiva permite que los procesos administrativos y clínicos funcionen de manera fluida, optimizando la atención al paciente y asegurando una experiencia integral y satisfactoria. En esta introducción, exploraremos la importancia de la coordinación entre estos dos grupos, destacando cómo su trabajo conjunto puede beneficiar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

La falta de coordinación en un equipo médico puede tener múltiples efectos negativos que pueden afectar tanto la calidad de la atención médica como la expe-

riencia del paciente. Algunas de las consecuencias de la falta de coordinación incluyen:

- Errores médicos: La falta de comunicación y coordinación puede resultar en malentendidos, confusiones y errores en la administración de tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos. Estos errores pueden poner en riesgo la seguridad y la salud del paciente.
- Retrasos en la atención: Sin una coordinación efectiva, pueden ocurrir retrasos en la programación de citas, pruebas diagnósticas y procedimientos médicos. Esto puede provocar que los pacientes esperen más tiempo del necesario para recibir la atención que requieren.
- Duplicación de esfuerzos: Cuando no hay una comunicación adecuada, diferentes miembros del equipo médico pueden realizar tareas similares sin saberlo, lo que resulta en una pérdida de tiempo y recursos. Esto también puede aumentar la probabilidad de errores y la ineficiencia general.

2 Objetivos

- Agendamiento, programación, registro y coordinación con el resto del equipo por parte del auxiliar administrativo.
- Transmisión de información y colaboración interdepartamental.

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 coordinación del personal auxiliar administrativo con el equipo médico implica una serie de funciones esenciales que se realizan para garantizar un flujo de trabajo eficiente, una comunicación efectiva y una atención integral para los pacientes. Algunas de las funciones clave incluyen:

- Agendamiento y programación: El personal auxiliar administrativo es responsable de coordinar y programar las citas médicas, pruebas diagnósticas y procedimientos médicos de acuerdo con la disponibilidad del equipo médico y las necesidades del paciente.
- Registro y organización: Llevar registros precisos y actualizados de los pacientes, su información personal, historial médico y tratamientos previos. Esto asegura que el equipo médico tenga acceso a la información necesaria para tomar decisiones informadas.
- Comunicación: Facilitar la comunicación entre los pacientes y el equipo médico, transmitiendo información sobre cambios en las citas, resultados de pruebas y cualquier otra información relevante.
- Manejo de documentos: Preparar y organizar la documentación médica necesaria para las consultas y procedimientos, asegurando que todo esté completo y en orden antes de que el paciente sea atendido.
- Gestión de recursos: Coordinar la disponibilidad de suministros médicos, equipos y habitaciones para procedimientos y tratamientos. Asegurarse de que todo esté en su lugar para evitar retrasos y contratiempos.
- Orientación al paciente: Brindar información a los pacientes sobre los procedimientos, protocolos y preparativos necesarios para sus citas y tratamientos. Resolver preguntas y aclarar dudas para que los pacientes estén bien informados.
- Transmisión de información: Facilitar la transferencia de información entre el personal administrativo y el equipo médico. Esto incluye informar sobre cambios en las citas, resultados de pruebas y cualquier otra información relevante para el tratamiento del paciente.
- Colaboración interdepartamental: Trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos, como facturación y admisión, para garantizar una transición fluida de los pacientes y la administración adecuada de los registros médicos y financieros.
- Confidencialidad: Mantener la confidencialidad de la información del paciente y cumplir con las regulaciones de privacidad médica al manejar registros y datos sensibles.
- Resolución de problemas: Abordar cualquier problema que pueda surgir en

relación con la programación, la administración de registros o la disponibilidad de recursos. Colaborar con el equipo médico para encontrar soluciones eficientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la coordinación efectiva entre el personal auxiliar administrativo y el equipo médico es esencial para garantizar un funcionamiento eficiente y una atención de calidad en el entorno sanitario. La colaboración entre estos dos grupos permite una comunicación fluida, la optimización de los procesos administrativos y clínicos, y una experiencia positiva para los pacientes.

La coordinación adecuada contribuye a prevenir errores médicos, reducir retrasos en la atención, mejorar la satisfacción del paciente y optimizar la utilización de recursos. El personal auxiliar administrativo desempeña un papel clave en la programación de citas, la organización de documentos, la gestión de recursos y la comunicación con los pacientes. Esta colaboración también facilita la toma de decisiones informadas por parte del equipo médico al tener acceso a la información relevante de manera oportuna y precisa.

Para lograr una coordinación exitosa, es esencial establecer canales de comunicación claros, fomentar la colaboración y asegurarse de que todos los miembros del equipo estén alineados en sus objetivos y responsabilidades. La coordinación eficiente beneficia tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes, contribuyendo a una atención médica segura, efectiva y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 673

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CODIFICACIÓN MÉDICA

ELENA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La codificación médica es un proceso integral en el campo de la salud que involucra la asignación de códigos numéricos o alfanuméricos a diversos aspectos de la atención médica, incluyendo diagnósticos, procedimientos médicos, tratamientos, medicamentos y otros servicios relacionados con la salud. Estos códigos están diseñados para estandarizar la documentación médica, permitir la organización eficiente de la información y facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, administradores y sistemas de registro médico.

La codificación médica es extremadamente importante en el campo de la salud por diversas razones. A continuación, se presentan algunas de las razones clave por las cuales la codificación médica es esencial (Precisión en la Documentación, Facturación y Reembolso, Gestión de datos, Investigación y Analisis, Comunicación Interdisciplinaria, Auditoría y Control de calidad)

En esta introducción, exploraremos las funciones fundamentales que desempeña el auxiliar administrativo en la unidad de codificación, resaltando su papel en la organización de datos clínicos, el mantenimiento de registros precisos y la contribución al funcionamiento eficiente de los procesos médicos y administrativos en el ámbito de la salud. También se encarga de proporcionar soportes a administradores así como participar en auditorías internas para garantizar la calidad y precisión de la codificación médica.

2 Objetivos

- Organización de datos clínicos, el mantenimiento de registros precisos y la contribución al funcionamiento eficiente de los procesos médicos y administrativos en el ámbito de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la unidad de codificación médica, contribuyendo al funcionamiento eficiente de los procesos de registro y gestión de datos en el ámbito de la salud. Algunas de las funciones clave que realiza el auxiliar administrativo en la unidad de codificación son:

- Recopilación y Organización de Información: El auxiliar administrativo recopila y organiza los registros médicos y la documentación relevante necesaria para el proceso de codificación. Esto puede incluir historias clínicas, informes de diagnóstico, resultados de pruebas y otros documentos médicos.
- Preparación de Documentación: Prepara y verifica la documentación necesaria para el proceso de codificación. Asegura que todos los documentos estén completos y correctos para facilitar el trabajo del equipo de codificadores.

- Asignación de Códigos: Bajo la supervisión del equipo de codificadores médicos, el auxiliar administrativo puede ayudar en la asignación de códigos numéricos o alfanuméricos a diagnósticos, procedimientos y tratamientos de acuerdo con los sistemas de codificación establecidos.
- Actualización de Registros: Mantiene actualizados los registros médicos y las bases de datos con la información codificada. Asegura que los códigos se ingresen con precisión y se vinculen correctamente a los pacientes y sus historias clínicas.
- Comunicación Interna: Facilita la comunicación interna entre el equipo de codificación, los profesionales de la salud y otros departamentos administrativos. Asegura que la información se comparta de manera efectiva y oportuna.
- Mantenimiento de la Confidencialidad: Garantiza la confidencialidad y seguridad de los registros médicos y la información del paciente en todo momento, siguiendo las políticas y regulaciones de protección de datos.
- Coordinación de Citas y Programación: Colabora con la programación de citas y procedimientos médicos para asegurar que se asignen los códigos apropiados a las actividades clínicas.
- Soporte a Codificadores: Brinda soporte administrativo al equipo de codificadores médicos, facilitando su trabajo y asegurando que tengan acceso a la información necesaria.
- Archivo y Almacenamiento: Organiza y archiva los registros médicos codificados de manera sistemática y accesible para futuras referencias.
- Auditoría y Control: Participa en auditorías internas para garantizar la calidad y precisión de la codificación médica y ayudar a identificar áreas de mejora.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la unidad de codificación médica al contribuir con su experiencia en la gestión de información y su capacidad para mantener registros organizados y precisos. Sus funciones son esenciales para facilitar el proceso de codificación de diagnósticos, procedimientos y tratamientos en el ámbito de la salud. Al garantizar que la documentación esté completa, actualizada y correctamente organizada, el auxiliar administrativo contribuye a la calidad de los registros médicos y a la eficiencia

de los procesos de codificación. Además, su coordinación con el equipo de codificadores y otros profesionales de la salud mejora la comunicación interna y asegura que los registros médicos sean fiables y estén disponibles para apoyar la toma de decisiones clínicas y administrativas. En última instancia, la contribución del auxiliar administrativo en la unidad de codificación tiene un impacto positivo en la gestión de la información médica y en la calidad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

- Pubmed

- Scielo

Capítulo 674

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS BAJAS LABORALES DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS

ELENA ORTEGA GOMEZ

ÁLVARO CASTILLO ORTEGA

LARA ALVAREZ ALCAIDE

MONICA NAVARRO AGUILERA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

El papel de un auxiliar administrativo en el contexto de las bajas laborales de los trabajadores sanitarios es fundamental para garantizar una gestión eficiente y adecuada de estas situaciones. Los trabajadores sanitarios, al igual que cualquier otro empleado, pueden enfrentar circunstancias que les impidan asistir a su lugar de trabajo debido a enfermedades, accidentes u otras razones médicas.

Sus funciones son muy diversas, ya que en muchos casos son el eslabón principal de comunicación entre el trabajador y el equipo de dirección. Realizan funciones de distintos tipos en los que se necesita gran capacidad de respuesta a las diferentes situaciones que pueden surgir. Un auxiliar administrativo está presente desde la presentación de los primeros documentos que acreditan la baja médica

del trabajador hasta el seguimiento y cumplimiento de todos los requisitos y plazos.

La estructura organizativa de esta unidad está formada por diversos perfiles que trabajan de forma conjunta para garantizar el mejor resultado posible. Podemos encontrar: Departamento de Recursos Humanos, Equipos de Salud, Equipo de Administración, Supervisores, Especialistas médicos y Especialistas en Administración, éstos últimos son los encargados de gestionar dichas bajas médicas desde el punto de vista logístico y administrativo, incluida la comunicación, coordinación y documentación. En la mayoría de casos los encargados principales de todas estas tareas son los auxiliares administrativos.

No obstante, la estructura puede variar según las necesidades específicas de la organización y la legislación local. Es importante contar con una comunicación abierta y una colaboración efectiva entre todos los roles involucrados para garantizar una gestión adecuada de las bajas médicas y el bienestar general de los empleados.

2 Objetivos

- Conocer la estructura organizativa en la que trabajan los auxiliares administrativos de este sector.
- Desarrollar las diversas funciones que debe cumplir el auxiliar administrativo para agilizar y optimizar los procesos.

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

Un auxiliar administrativo desempeña varias funciones clave:

- Registro y documentación: El auxiliar administrativo es responsable de recibir y registrar la información relacionada con la baja laboral de un trabajador sanitario. Esto puede incluir la presentación de certificados médicos, informes de médicos tratantes y cualquier otra documentación pertinente. Mantener una documentación precisa y organizada es esencial para llevar un registro adecuado de las bajas laborales.
- Comunicación: El auxiliar administrativo actúa como intermediario entre el trabajador sanitario y la dirección del lugar de trabajo. Debe comunicar de manera efectiva las fechas de inicio y finalización de la baja laboral, así como cualquier actualización o cambio en la situación del trabajador. Además, puede ser necesario notificar a otros departamentos, como recursos humanos, nómina y supervisores, sobre la situación de la baja.
- Seguimiento y coordinación: Durante el período de baja laboral, el auxiliar administrativo puede ser responsable de mantener un seguimiento de la evolución del estado de salud del trabajador. Esto puede incluir la recepción de informes médicos periódicos y la coordinación con los médicos tratantes para obtener información adicional cuando sea necesario.
- Gestión de beneficios: En muchos casos, durante una baja laboral, los trabajadores sanitarios pueden tener derecho a beneficios por incapacidad, licencia médica remunerada u otros tipos de compensación. El auxiliar administrativo puede ser responsable de asegurarse de que estos beneficios se gestionen correctamente y se paguen de manera oportuna.
- Cumplimiento normativo: El auxiliar administrativo debe estar al tanto de las leyes y regulaciones laborales relacionadas con las bajas médicas y asegurarse de que el proceso de gestión de bajas cumpla con todos los requisitos legales.
- Confidencialidad: Dado que la información médica y personal del trabajador está involucrada, el auxiliar administrativo debe manejar esta información de manera confidencial y asegurarse de que se cumplan los estándares de privacidad y protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la gestión de las bajas laborales de los trabajadores sanitarios es esencial para garantizar una coordinación eficiente y efectiva entre el personal médico, los empleados y los diversos de-

partamentos administrativos. La tarea de gestionar las bajas laborales no solo implica el manejo de la documentación y los trámites, sino que también requiere empatía, confidencialidad y un profundo entendimiento de las necesidades médicas y legales de los trabajadores.

El auxiliar administrativo actúa como un nexo crucial entre los trabajadores sanitarios y el equipo de recursos humanos, asegurando que las bajas médicas se manejen de manera justa, transparente y en cumplimiento con las regulaciones laborales y de privacidad. Desde el registro inicial de la baja hasta el seguimiento de la recuperación del empleado y su eventual regreso al trabajo, el auxiliar administrativo desempeña un papel activo en el proceso.

Mantener una comunicación clara, brindar apoyo tanto a los empleados como a los supervisores, coordinar los beneficios y adaptaciones necesarias, y respetar la confidencialidad médica son aspectos fundamentales que el auxiliar administrativo debe llevar a cabo. Al hacerlo, contribuye a la creación de un ambiente laboral seguro, saludable y comprensivo para los trabajadores sanitarios, promoviendo su bienestar y ayudando a mantener una fuerza laboral comprometida y productiva.

En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en las bajas laborales de los trabajadores sanitarios es un componente esencial para el éxito general de la organización y la atención de la salud de calidad que brinda. Su dedicación a la gestión de bajas laborales refleja el compromiso de la organización con la salud y el bienestar de su personal, y su influencia se extiende a través de la cadena de cuidado, garantizando que los profesionales de la salud reciban el apoyo necesario en todas las etapas de su trayectoria laboral.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Scielo

Capítulo 675

EL CELADOR ANTE EL ESTRÉS PROFESIONAL: IMPACTO SOBRE SALUD

VICTOR GARCIA GARCIA

1 Introducción

Con referencia a datos proporcionados por la Asociación Americana de Psicología (APA) el estrés es una enfermedad emergente y creciente que cada año se incrementa más.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV) la definición de estrés es la “aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”.

Según la corriente psicológica podemos encontrar varias clasificaciones del estrés, pero nos guiaremos por la clasificación de la Asociación Americana de Psicología. Esta describe principalmente tres tipos de estrés:

El primer grupo, estrés agudo, considerado el más frecuente, y se presenta debida a las presiones de la vida diaria o del entorno. Es un tipo de situación que puede ser beneficiosa para el individuo, ya que nos ayuda a prevenir y combatir en caso de encontrarnos en una situación amenazante. Si este estrés agudo se hace intenso puede llegar a desencadenar varios síntomas negativos como irritabilidad, dolores de cabeza, etc.

El segundo grupo, es el estrés agudo-episódico, que se diferencia del anterior por ser intenso y repetitivo, aunque no presenta los síntomas descritos anteriormente.

El tercer grupo, señalado en esta clasificación es el estrés crónico, este tipo de estrés engloba los síntomas de los anteriores, pero de manera prolongada, pudiendo llegar a ser agotador. Además, genera cambios importantes en el organismo lo que hace vulnerable a quien lo padece y proclive a desarrollar diversas enfermedades que conllevan la muerte.

Es importante señalar que el estrés crónico está fuertemente relacionado con la hipertensión, y esta con problemas cardiovasculares. Este tipo de padecimientos es la principal causa de defunciones anuales, lo que representa aproximadamente el 30% de las muertes registradas. Por otro lado, varios estudios indican que el estrés contribuye al desarrollo del cáncer. Un simple ejemplo nos revela la magnitud del problema: las mujeres que presentan estrés en las actividades cotidianas tienen 3,7 veces más riesgo de desarrollar cáncer de mama. La exposición al estrés tiene efectos directos sobre la salud. Se ha documentado que el estrés causa en el individuo alteraciones de tipo endocrino y conductual, lo que podría en parte relacionar el estrés y la obesidad.

Por lo tanto, el estrés es una epidemia a nivel mundial que conlleva a múltiples enfermedades.

El estrés es un factor psicosocial tan importante que es considerado como una epidemia de la vida laboral, más aún si consideramos un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que viene señalan un deterioro en la situación laboral, especialmente en mujeres y jóvenes por el incremento de desempleo. Se estima que el tercio de los casos de estrés son debido a situaciones laborales difíciles.

Informes internacionales indican que en Europa el estrés laboral representa hasta el tercio de la población, que los principales trastornos asociados son la depresión y la ansiedad.

Además, se reportado que el coste económico anual del estrés de tipo laboral en Europa es de aproximadamente unos 20.000 millones de dólares.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es identificar la relación entre el estrés laboral y el síndrome burnout en las profesiones sanitarias, y sobre todo sus consecuencias, tanto a nivel personal, como profesional y social.

3 Metodología

La metodología de nuestro trabajo se fundamenta en una revisión bibliográfica mediante una búsqueda de información documental, tanto basada en artículos, como en trabajos científicos relacionados con el estrés y sus consecuencias en los profesionales de la salud. La búsqueda de la información se realizó en diferentes bases de datos, en páginas científicas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas de corte científico como Science.

Nuestra búsqueda se realizó en el periodo de tiempo desde octubre 2019 hasta enero 2020, y el intervalo de tiempo aceptado de publicaciones desde 2001 hasta 2019.

Los descriptores o palabras claves para realizar nuestra búsqueda documental han sido: estrés, burnout, personal sanitario.

En una primera selección se localizaron 34 documentos, entre artículos y trabajos, de los cuales se eliminaron 6 por duplicidad. Al resto de los estudios se les aplicaron los criterios de inclusión/ exclusión.

Los criterios de inclusión fueron ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, que aportaran datos científicos objetivos sobre el estrés en personal sanitario.

Los criterios de exclusión han sido, no acceso a texto completo, no aportar datos, no referirse a profesionales sanitarios, no ser en lengua castellana.

Al final de nuestra selección se obtuvieron 9 trabajos válidos para nuestra investigación.

4 Resultados

Entre los artículos y estudios revisados en nuestra investigación hemos identificado el estrés entre los trabajadores de la salud con un nivel moderado-alto, y parece que este nivel varía según las condiciones de trabajo y mucho más dependiendo del apoyo de los superiores y compañeros.

También se encuentran diferencias de niveles de estrés, atendiendo al departamento, unidad o servicio de referencia. Se pueden localizar áreas más estresantes y áreas menos estresantes siguiendo una serie de características demográficas y organizativas del trabajo en las que además se tienen en cuenta la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo.

Otros condicionantes importantes en la aparición del estrés entre los profesionales de la salud son los factores personales individuales tales como la percepción personal del estrés, las variables fisiológicas emocionales y mentales, el apoyo

familiar o las demandas del propio trabajo.

El alto estrés al que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios repercute negativamente sobre su salud. Así, varios artículos revisados señalan una estrecha relación entre estrés y depresión, alteraciones psicosomáticas, lesiones musculoesqueléticas, así como con el burnout.

En la literatura revisada hemos observado que condiciones de trabajo como ámbito físico, el mal diseño del puesto de trabajo, las condiciones ergonómicas precarias o la dificultad del ámbito de trabajo para generar buenas relaciones entre compañeros, etc., también factores negativos que favorecen un entorno laboral estresante.

Condiciones específicas del colectivo sanitario como tener que abordar situaciones de emergencia o epidemias, decidir sin tiempo, etc., pueden comportarse como agravantes y contribuir negativamente en la aparición del estrés.

Diferentes estudios realizados sobre los riesgos laborales a los que se encuentran sometidos, los sanitarios señalan el estrés como uno de los principales peligros inherentes a la profesión y lo relacionan con una mayor posibilidad de asociación al burnout.

Dentro de los moderadores de riesgos psicosociales que actúan en el retraso de la aparición del estrés en los trabajadores de salud, hemos encontrado en nuestra revisión aspectos como el apoyo psicosocial y las características individuales como principales intervinientes. Mantener buenas relaciones personales y profesionales entre compañeros, grupos de amistad y apoyo, podrían contribuir a la prevención de situaciones como burnout y a prevenir la aparición de diferentes patologías o síntomas derivadas de las situaciones de estrés.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios revisados encuentran un nivel alto de estrés en el personal sanitario y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas donde la responsabilidad de decisión, la primacía del tiempo, la alta carga de trabajo, fatiga o situaciones de emergencia, etc., se incrementan de forma considerable.

Los ambientes de trabajo sanitario estresantes acaban provocando algún tipo de alteración física y psicológica en el personal sanitario.

El conocimiento de los riesgos psicosociales y del nivel de estrés en particular, junto con sus posibles características y peculiaridades son necesarias como base para una intervención sobre estos y la toma de medidas preventivas eficaces.

6 Bibliografía

1. Corredor Pulido, M.E.; Monroy Fonseca, J.P. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en el personal sanitario. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, vol n° 14, núm 1, enero-junio 2009, pp. 109-123. Universidad de Caldas.
2. Deschamps Perdomo, A.; Olivares Román, S.B.; De la Rosa Zabala, K.L. y Asúnsolo del Barco, A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición de síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab (internet)* 2011; 57 (224) 224-241.
3. Díaz A y Feldman I. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. *Ciencia&trabajo* 2010 N°36 320-326.
4. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS, Contextualización, Prácticas y literatura de apoyo. 2010 6(6) 53-56.
5. Giraldo Giraldo, Y.; López Gómez, B.; Arango David, L.; Góez Henao, F. y Silva, E. Estrés laboral en auxiliares de enfermería, Medellín- Colombia 2011. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 45, núm. 1 enero-abril, 2013, pp23-31.
6. Grau, A.; Suñer, R. y García M.M. desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 463-70.
7. Herrera-Covarribias, D.; Coria-Ávila, G.; Muñoz Zabaleta D.A.; Graillet Mora, O.; Aranda Abreu, G. Rojas Dúran, F.; Hernández, M.E. y Nafissa, I. Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista e Neurobiología* 8(17):220617, 2017.
8. Mingote Adán C y Antón A. *El estrés del médico*. Ed. Díaz de Santos. 2008. ISBN: 84-7989 407-5.
9. Moreno-Jiménez, B., y Peñacoba, C. Estrés asistencial en los servicios de salud. M.A. Simón (Ed), *Psicología de la Salud*. Siglo XXI pp. 739-764.

Capítulo 676

CELADOR EN BOXES Y URGENCIAS

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

En este capítulo os vamos a enseñar la importancia del celador, en la zona de boxes, el proceso que debe tener dicha tarea y sus funciones. También te vamos a dar los consejos, que se tienen que tener en cuenta, para realizar las funciones que debe hacer el celador en el área de boxes y urgencias.

En urgencias llegarán pacientes para solicitar asistencia médica urgente, por lo que es muy importante distinguir una emergencia y una urgencia.

Emergencia: situación en la que la vida del enfermo peligra de forma inminente.

Urgencia: situación que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo o si lo hace es en el transcurso de varias horas que cuya atención no se puede demorar más de 24 / 48 h.

El servicio de urgencias tiene que estar equipado de todos medios técnicos y humanos necesarios para garantizar un nivel de asistencia en condiciones óptimas. En este servicio nos podemos encontrar con profesionales de distintas ramas, todas ellas relacionadas con la sanidad, que desarrollan funciones diferentes y siempre coordinadas, dentro de que es la cadena asistencial en este área .

El celador con sus múltiples labores es una parte muy importante de esta cadena.

2 Objetivos

- Conocer las tareas a realizar por el celador en el área de boxes de observación del hospital.
- Mostrar los consejos en la práctica de las funciones y localizar la forma correcta para poderla realizar como celador, en el área de boxes 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 múltiples funciones de los celadores, las vamos a encontrar en los art 13.9 y 14.2 del Estatuto personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.

Trasladar a los pacientes para realizar las distintas pruebas o por otras causas como por ejemplo: los traslados de ingresos o altas a las distintas zonas del hospital.

Cumplir con las funciones de vigilancia en las entradas de Urgencias, para evitar así el acceso a las distintas dependencias a personal no autorizado para ello, así mismo, llevar a cabo labores de vigilancia en cuanto al acceso a las habitaciones por parte de visitantes y familiares se refiere , para impedir la entrada a las personas no autorizadas.

Avisar al personal sanitario cuando por cualquier circunstancia ,sea necesario o urgente.

Se tiene el deber de no hacer ningún tipo de comentario a pacientes o familiares, acerca del diagnóstico, exploraciones o tratamientos que se le estén realizando al paciente en concreto.

Velar siempre por conseguir el silencio en las salas de espera, así como el orden en las salas comunes.

Ayudar al personal sanitario en las funciones que les competen y siempre que sean requeridos para ello .

Citar a los pacientes, para la consulta del médico y de enfermería de urgencias. Se han de encargar de proveer un número suficiente de camillas y sillas en la entrada del servicio.

Cooperar en la inmovilización del paciente, durante la realización de pruebas o actuaciones que les va a requerir el personal sanitario.

Llevar a cabo los cambios de postura a los pacientes y movilizar para así conseguir la posición que les va a solicitar por el personal sanitario.

Se encargarán de las labores de reparto de documentos , correspondencia o cualquier tipo de objetos o material al sitio indicado.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que un celador debe de realizar en el servicio de urgencias son muy variadas, resaltar el control y el orden de entrada o ingreso de los pacientes, la atención a los pacientes siempre con afinidad y empatía para poder así desarrollar una buena actividad sanitaria. Es muy importante indicar que el celador es la primera persona que va a recibir a los pacientes, y tener en cuenta que para nadie es plato de buen gusto tener que acudir a los servicios de Urgencias , por lo tanto su interés es muy importante para que la gente se sienta arropada, en momentos, a veces muy duros.

6 Bibliografía

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

Capítulo 677

FUNCIONES CELADOR TRASLADO DE MUESTRAS

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

Los laboratorios clínicos van a facilitar a los médicos información clínicamente útil. Esa información es de gran importancia para tomar medidas diagnosticas o terapéuticas, como también para la valorar el estado de salud de la población.

Las últimas décadas ha habido cambios fundamentales en los laboratorios clínicos debido a una serie de circunstancias.

Adelantos en la tecnología, que van a permitir realizar un gran número de pruebas sin pérdida de calidad en los resultados.

El acontecimiento en la tecnología informática, que permite procesar grandes cantidades de información de forma rápida y segura.

Progreso de un gran número de nuevas pruebas diagnósticas más eficaces en todas las aéreas de conocimiento de laboratorio.

El suceso de que, en gran medida, las preparaciones se pueden trasladar sin transportar al paciente.

La colaboración del personal de laboratorio clínico que puede utilizar recursos disponibles y concentrarse en brindar una gama de servicios más amplia y mejor. La numerosa cantidad de profesionales y actividades que van a intervenir en el proceso de ensayo clínico requiere un trabajo concertado entre los diferentes profesionales, médicos y no médicos, y los niveles, AP y EA que intervienen en dicho programa.

Se ha tratado de fundar, con criterio general favorable a su uso en cada laboratorio, las diversas tareas que se deben realizar desde el momento del laboratorio, independientemente de su especialización.

2 Objetivos

- Conocer la gran función que hace el celador en laboratorios y en la función de trasladar las muestras.
- Comprender que el celador tiene una gran responsabilidad porque no solo hace el traslado de muestras, sino que también ha de llevar pedidos y repartir en distintos laboratorios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 sistema de recogida se va a dividir en cuatro franjas horarias perfectamente delimitadas (9:00 h, 9:45h, 11:30h, 13:30h). Se recogen muestras de endoscopias y quirófano y se llevan a anatomía patológica.

Dicho circuito ha de comenzar desde la sala de Urgencias (planta baja, ahí debe estar el celador a las 9:00 h) y llegar a la sala de extracciones.

A la entrada de dicha sala vamos a encontrar un carro con dos neveras vacías , este carro se ha de colocar e el interior de la sala para la posteriormente recoger las muestras.

El personal de la sala se va a encargar de la preparación de estas neveras. Ha de colocar en su interior y en sus distintos compartimentos todas las muestras que el celador se va a encargar de transportar, dicho personal también se ha de encargar de que todo esté correctamente dispuesto, y de que sea momentos antes de la hora indicada para realizar su primer transporte, de este modo se va a agilizar notablemente la optima realización por parte de las personas que van a intervenir en esta labor en concreto. Todas las personas que van a intervenir en las distintas labores han de tener un cometido, igual de importante. Si un eslabón falla se rompe la cadena.

También debe acudir al almacén de farmacia, función que les va solicitar el personal sanitario, y transportar la medicación para entregar a la enfermera.

Saber que la llamada para una biopsia intraoperatoria de quirófano, tiene prioridad sobre cualquier otra cosa. Se han de encargar de recoger y transportar dicha biopsia hasta anatomía patológica, llevar los pedidos del almacén y repartir por los distintos laboratorios.

Llevar los pedidos de farmacia al Banco de Sangre

Llevar partes de mantenimiento

Se debe realizar siempre una fotocopia del pedido que se va a entregar a suministros, puesto que se le tiene que entregar una copia a la supervisora

Recoger las muestras de Neumología y Otorrinolaringología, una vez que contacten con nosotros

Llevar facturas y otros documentos a la secretaría de dirección.

5 Discusión-Conclusión

El celador según se establezca en cada centro sanitario, ha de cumplir un determinado rol, pero siempre se debe de estar dispuesto para acatar las funciones de otros puestos distintos a los habituales, funciones que se les van a requerir sus superiores. El trabajo del celador es muy importante para el buen funcionamiento de cada servicio. Las funciones del celador pueden ser muy variadas en cuanto su contenido, pero muy necesarias para el buen funcionamiento y el desarrollo diario de un centro de salud.

Es por eso que el trabajo de celador va a estar considerado con un trabajo vocacional, ya que en el fondo se trata de ayudar en lo posible, tanto al paciente como al personal sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 678

FUNCIONES DEL CELADOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA FRANCISCA AVENDAÑO FILOSO

ANDRÉS JESÚS PIQUERAS GONZÁLEZ

MIGUEL SORIA TORRALBA

VIRGINIA CUERDA CANO

CELIA GONZÁLEZ CIFUENTES

1 Introducción

Los cuidados intensivos se van a ejecutar para la atención de aquellos enfermos en los que pueda existir o exista un riesgo en sus funciones vitales.

Los pacientes que van a necesitar cuidados intensivos son los siguientes.

- En estado de shock.
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - Infarto de miocardio
 - Postoperatorio de grandes intervenciones
 - Estados comatosos
 - Cuadros neurológicos severos y con alto grado de afectación de la conciencia
- La unidad de cuidados intensivos (UCI) ha de estar equipada de los medios materiales y humanos suficientes para asistir a los pacientes que van a ingresar en los centros sanitarios en un estado grave o crítico. Debido al estado de estos pacientes, pueden necesitar atención continuada, por lo que van a recibir atención

en una UCI que es una sala aislada dentro del hospital. Dada la delicada condición física de estos pacientes, se deben atender por un equipo de trabajo, ya sean médicos, enfermeras/os, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores o técnicos bien capacitados y con experiencia en este campo.

Como en cualquier otro ámbito de sus labores, el celador tendrá que cumplir sus funciones de re abastecimiento de material y medicamento, vigilar los accesos a personal no autorizado a la sala de UCI y por supuesto estar disponible en todo momento para cualquier requerimiento del personal sanitario.

2 Objetivos

- El principal objetivo es describir todas las funciones a realizar por un celador en UCI.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar hay que resaltar que absolutamente todo el personal que va a intervenir de manera activa en la UCI debe de ser conocedor de los códigos de higiene personal y vestimenta.

El material de dicha vestimenta como batas, mascarillas, guantes, mallas, gorros, debe de ser desechado siempre al abandonar la sala y repuesto por material nuevo antes de entrar en ella por motivos obvios.

Las funciones a desarrollar por los celadores en esta unidad serán las siguientes:

- Ayudar con el lavado de los pacientes que se encuentren ingresados.
- Van a tener la responsabilidad de vigilar la entrada y salida, para la familia del paciente, que van a poder visitar solo en el horario establecido, para contribuir así a facilitar las labores del personal sanitario fuera y dentro de dichos horarios.
- Llevar a los pacientes a realizar cualquier tipo de prueba, como por ejemplo el diagnostico de radiografías donde el paciente generalmente va a necesitar de-

splazamiento asistido, como también ayudar a la propia orientación dentro del centro.

- Transportar a los pacientes fallecidos, y así ayudar al personal sanitario, donde en conjunto se les va a trasladar al mortuario.
- Se deben mantener en todo momento al margen de hacer comentarios con los familiares y los visitantes, del diagnóstico de los enfermos, y sobre todo no informar sobre pronósticos de su enfermedad.
- Deber de orientar a la familia hacia el médico encargado en ese momento.
- Transportar los documentos, correspondencia, análisis, que sean confiados, para trasladarlos a otros servicios sin tardanza.
- Tendrán la responsabilidad de ayudar al personal sanitario en la movilización del paciente a la hora de tener que realizar cualquier cambio de postura necesario.
- Llevar consigo toda la documentación clínica del paciente a la hora de trasladar desde la unidad correspondiente hasta la propia UCI.

5 Discusión-Conclusión

El personal debe tener una gran expectativa y mucha empatía, así como una buena formación en distintas técnicas de movilización, ya que estos pacientes, generalmente van a estar en un estado muy delicado y frágil de salud. Tener en cuenta la falta parcial o posiblemente total de capacidad física de los pacientes de la UCI, la experiencia y la gran capacitación profesional organizada, es absolutamente necesaria para que pueda funcionar en la unidad de cuidados intensivos. La concentración y responsabilidad en las funciones de un celador en la UCI debe de ser siempre máxima.

6 Bibliografía

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

Capítulo 679

VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS PREPARADOS POR EL PINCHE DE COCINA EN HOSPITALES

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

1 Introducción

La nutrición adecuada juega un papel esencial en la recuperación de los pacientes hospitalizados. El personal de cocina de los hospitales desempeña un rol crucial en la preparación de alimentos que deben cumplir con los requerimientos nutricionales específicos de los pacientes. Sin embargo, la calidad nutricional de los alimentos servidos en los hospitales puede variar, y es necesario investigar la composición nutricional de las comidas preparadas por el personal de cocina. Los alimentos preparados por el personal de cocina van a desempeñar un papel fundamental en el suministro de nutrientes esenciales para satisfacer las necesidades dietéticas de los pacientes y ayudar en la recuperación y el bienestar de los pacientes.

Los hospitales desempeñan un papel crucial en la recuperación de los pacientes, y la calidad de la alimentación es un factor fundamental en este proceso. Se llevó a cabo un estudio para evaluar la composición nutricional de los alimentos preparados por los cocineros hospitalarios, analizando su contenido de macronutrientes, micronutrientes y la adecuación a las necesidades dietéticas de los pacientes. Los resultados sugieren que, aunque existen desafíos en la preparación de comidas equilibradas en un entorno hospitalario, se pueden implementar estrategias para mejorar el valor nutricional de los alimentos servidos.

2 Objetivos

Conocer la calidad nutricional que va a tener los alimentos de los hospitales para los pacientes ingresados y la importancia que tiene que reciban la cantidad necesaria de los nutrientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La preparación de alimentos en un entorno hospitalario presenta desafíos únicos, como la necesidad de ajustar las dietas según las condiciones médicas individuales de los pacientes. Sin embargo, es esencial abordar estos desafíos para garantizar que los pacientes reciban una alimentación equilibrada y nutritiva que contribuya a su recuperación.

Los resultados indicaron que los alimentos preparados por el personal de cocina en hospitales a menudo presentan desequilibrios en la distribución de macronutrientes. Se encontró una tendencia a un exceso de carbohidratos simples en detrimento de proteínas magras y grasas saludables. Además, se identificaron deficiencias en la incorporación de ciertos micronutrientes clave, como el calcio, el hierro y algunas vitaminas.

Los resultados también revelaron variaciones en la calidad nutricional de los alimentos preparados en diferentes hospitales y unidades. Algunos hospitales van a implementar protocolos sólidos para garantizar así la calidad nutricional de los alimentos, mientras que otros van a carecer de este enfoque. Se encuentran casos en los que los alimentos carecían de suficientes proteínas y vitaminas esenciales, esto conlleva a afectar de forma negativa la recuperación de los pacientes ingresados.

La falta de un estándar uniforme en la preparación de alimentos en los hospitales va a contribuir a la variabilidad en la calidad nutricional de las comidas. Para evitar esto es necesario implementar protocolos que vayan a garantizar la inclusión adecuada de macronutrientes y micronutrientes esenciales en las comidas para los pacientes hospitalizados. El personal de cocina debe recibir una adaptación continua sobre la nutrición y prácticas de preparación de alimentos saludables. Es necesario llevar a cabo una serie de estrategias para garantizar la calidad nutricional:

- Formación y educación al personal de cocina.
- Colaboración interdisciplinaria puede resultar una mejora en la comprensión de las necesidades nutricionales de los pacientes y la adaptación de los menús.
- Planificación de menús equilibrados que cumplan con las pautas dietéticas.
- Supervisión y control de calidad para garantizar que los alimentos preparados cumplen con los estándares nutricionales establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El valor nutricional de los alimentos preparados por el personal de cocina en hospitales es crucial para la salud y recuperación de los pacientes. Aunque existen desafíos en la preparación de comidas equilibradas en este entorno, es posible implementar estrategias como la capacitación del personal de cocina en nutrición y la planificación cuidadosa de los menús para mejorar la calidad nutricional de las comidas servidas. Una colaboración estrecha entre profesionales de la salud, nutricionistas y cocineros es esencial para lograr una alimentación óptima en el entorno hospitalario, y en última instancia, mejorar los resultados de los pacientes que están en el hospital.

6 Bibliografía

1. <https://zaguan.unizar.es/record/14290/files/TAZ-TFG-2014-492.pdf>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000300034

<https://irenea.es/blog-dano-cerebral/la-comida-de-hospital-debe-cumplir-una-funcion-nutricional-y-una-educacional/>.

2.<https://hospitecnia.com/documentacion/articulos/cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 680

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL PINCHE DE COCINA EN EL MANTENIMIENTO, CUIDADO Y LIMPIEZA DEL MOBILIARIO EN LA COCINA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

1 Introducción

Uno de los pilares esenciales en cualquier centro hospitalario es la cocina, ya que es el lugar donde se elaboran las diferentes comidas que serán servidas e ingeridas por los pacientes, las cuales además son específicas dependiendo del tipo de patología del paciente, trabajando en conjunto el médico responsable, endocrinología, nutricionista, equipo de cocina, y otros especialistas en caso nece-

sario. La correcta manipulación de los alimentos, la seguridad, la higiene y la calidad, así como el reparto adecuado de las bandejas térmicas al paciente que corresponde, ayudando en su mejoría, ya que en caso contrario, el paciente podría empeorar, incluso de manera crítica, por una nutrición no elaborada para mencionado paciente, de ahí la gran importancia que tiene la cocina en el contexto hospitalario y su perfecto funcionamiento.

Como se ha comentado en el párrafo anterior, la seguridad e higiene en el ámbito hospitalario resulta primordial, incluyendo el mantenimiento, el cuidado y la limpieza del mobiliario, funciones que realiza el pinche de cocina, por lo que se debe destacar dentro de equipo de cocina, siendo una pieza fundamental para que, gracias a sus funciones en relación con el mobiliario de la cocina hospitalaria, contribuya a que los alimentos cuenten con la calidad y seguridad necesaria y, por ende, que los pacientes reciban una dieta saludable y libre de bacterias o microorganismos.

2 Objetivos

Identificar y analizar de manera detallada las tareas y responsabilidades que el pinche de cocina realiza con respecto al mantenimiento, cuidado y limpieza del mobiliario en una cocina hospitalaria, así como destacar la importancia que tiene el pinche de cocina, gracias a sus funciones, con relación a la higiene y seguridad alimentaria.

3 Metodología

La metodología empleada para realizar éste capítulo constó de dos fases: por un lado, se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos como Pubmed o Google Scholar de diversos artículos, guías, estudios, etc., además de material propio en formato impreso, enfocados a las funciones y responsabilidades que el pinche de cocina efectúa en relación con el mantenimiento, el cuidado y la limpieza del diverso mobiliario que se encuentra en una cocina hospitalaria; y, por otro lado, se entrevistó a dos pinches de cocina de diferentes centros hospitalarios, con el objetivo de recoger información veraz sobre el rol del pinche de cocina en el mantenimiento, cuidado y limpieza del mobiliario de una cocina en el entorno hospitalario.

4 Resultados

Las diferentes funciones que ejecuta el pinche de cocina en el mantenimiento, cuidado y limpieza del mobiliario en una cocina hospitalaria son esenciales para poder asegurar un entorno seguro y limpio, lo que evitará que puedan producirse contaminaciones alimentarias, así como la transmisión de infecciones y enfermedades por la alimentación a los pacientes que se encuentran hospitalizados. En relación con las funciones que desarrolla el pinche de cocina, cabe destacar especialmente la limpieza correcta, minuciosa y frecuente del mobiliario de cocina, donde se incluyen todos aquellos muebles, mesas, armarios, estanterías, etc., presentes en la cocina y en la que se almacenan alimentos o se utilizan para trabajar en ellos, como por ejemplo la mesa de trabajo, en la cual se pondrán sobre ella los alimentos que se vayan a manipular para la preparación de los platos. La limpieza y desinfección del mobiliario se realizará con base en la normativa sanitaria vigente, además, el pinche de cocina debe disponer y utilizar los equipos de protección adecuados para evitar accidentes producidos por las herramientas utilizadas para la limpieza o el mantenimiento del mobiliario o por los productos químicos empleados para la limpieza de dicho mobiliario, en cumplimiento con la ley de 31/1995, de 8 noviembre, de prevención de riesgos laborales, por lo que resulta de vital importancia que el pinche de cocina cuente con los conocimientos necesarios en relación con la normativa sanitaria y la ley de prevención de riesgos laborales, así como no dejar de formarse y estar actualizado, conociendo cualquier cambio que se produzca correspondiente a la limpieza y desinfección del mobiliario.

Es primordial que el pinche de cocina observe si en el mobiliario existe algún daño o si está desgastado, subsanando el problema si depende de él y puede realizarlo o, en caso contrario, comunicándoselo e informando a su superior para que el personal al que le corresponda repare el mobiliario en caso de que se encuentre dañado, o reemplazándolo en caso de desgaste. La localización rápida por parte del pinche de cocina, así como la correcta restauración de roturas, desperfectos o deterioro del mobiliario, es una tarea valiosa, dado que evitará que se produzcan lesiones en los miembros del equipo de cocina, garantizando su seguridad, además de garantizar también la seguridad y calidad de la alimentación por el correcto funcionamiento del mobiliario.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido apreciar a lo largo del presente capítulo, las diferentes tareas que desempeña el pinche de cocina en la limpieza, mantenimiento y cuidado del mobiliario de la cocina en el contexto hospitalario van dirigidas a un mismo objetivo: que el equipo de cocina trabaje en un entorno, limpio, seguro y que cuente con la máxima higiene siguiendo la normativa sanitaria, lo que evitará que se produzcan contaminaciones en los alimentos e infecciones a causa de microorganismos patógenos, cuya finalidad principal de toda cocina hospitalaria es que las principales personas que se encuentran en un hospital, esto es, los pacientes, reciban una dieta segura y de calidad, cumpliendo con los requisitos nutricionales de cada paciente, lo que contribuirá a su mejoría.

Para que lo expuesto en el párrafo anterior pueda realizarse de forma satisfactoria, es imprescindible el cumplimiento de los diferentes protocolos relacionados con la limpieza y desinfección del mobiliario; que estos se conserven en condiciones óptimas; rapidez en cuanto a reparación por rotura para evitar accidentes en el lugar de trabajo o sustitución por deterioro, utilización de equipos de protección y que el pinche de cocina cuente con la formación y los conocimientos precisos para llevar estas tareas a cabo de manera tanto efectiva como eficiente.

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>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>

Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-11049-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 681

FUNCIONES QUE REALIZA EL PINCHE DE COCINA EN EL CUARTO DE PLATOS FRÍOS, ENTREMESSES Y POSTRES DE UN CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

1 Introducción

El pinche de cocina es un miembro decisivo en el equipo de cocina de todas las instauraciones que se dediquen a la gastronomía, lo que se vuelve mucho más relevante cuando se alude a un centro hospitalario, donde los alimentos deben cumplir con los más altos estándares de seguridad y calidad, fundamental para una adecuada alimentación de los pacientes hospitalizados, los cuales son más vulnerables y tiene un mayor riesgo de contagio de enfermedades o infecciones transmitidas por la alimentación.

En el cuarto de platos fríos, entremeses y postres se llevan a cabo varias funciones relacionadas principalmente con su preparación, presentación y almacenamiento, siendo en dicha área el lugar específico donde el pinche de cocina trabaja con los diversos alimentos que se servirán posteriormente a los pacientes junto con el resto de los platos, según la dieta que tengan establecida.

En este capítulo se destacará la importancia que tiene el pinche de cocina en el cuarto de platos fríos, entremeses y postres en una cocina dentro del ámbito hospitalario, donde gracias a las diversas tareas que realiza, garantiza la higiene en dicha área y que los alimentos que consumen los pacientes sean saludables, contando con la seguridad, frescura y calidad adecuadas con base en las diferentes normativas, regulaciones y protocolos vigentes, tanto las establecidas por el propio hospital como las existentes a nivel estatal.

2 Objetivos

Identificar y ahondar en las diversas tareas que ejecuta el pinche de cocina en el cuarto de platos fríos, entremeses y postres en una cocina en el entorno hospitalario, lo que permitirá reconocer la importancia del pinche de cocina como pieza fundamental del equipo de cocina, desconocido e infravalorado en muchas ocasiones.

3 Metodología

Para poder lograr los objetivos propuestos, se realizó una entrevista semiestructurada a un pinche de cocina que realiza su trabajo en el área culinaria específica del cuarto de platos fríos, entremeses y postres en la cocina de un hospital, permitiendo recolectar información de gran valor en cuantos a las diversas funciones que realiza. Así mismo, se consultó diferente literatura, en bases de datos como Pubmed o Scielo, relacionada directamente con el tema que nos ocupa, analizando artículos, revistas gastronómicas, publicaciones y libros, logrando entre la entrevista y la bibliografía una visión clara de las funciones que lleva a cabo el pinche de cocina en el cuarto de platos fríos, entremeses y postres en la cocina de un centro hospitalario.

4 Resultados

Una vez analizada la literatura obtenida y la entrevista realizada a un pinche de cocina que ejerce sus funciones en el cuarto de platos fríos, entremeses y postres en una cocina hospitalario, se pudo comprobar que las diferentes tareas que realiza resultan primordiales, principalmente en términos de higiene y seguridad alimentaria, siendo, por lo tanto, un miembro clave en el equipo de cocina en un hospital.

Entre otras funciones del pinche de cocina, este es quien se encarga de lavar, limpiar, cortar y/o pelar los diversos ingredientes necesarios para la elaboración de platos fríos, entremeses y postres, como frutas, lácteos, hortalizas, etc., utilizando de manera correcta los diferentes equipos, utensilios y protección personal, destinados a tal fin para evitar cortes o accidentes innecesarios. Una vez terminada esa primera parte y que el género esté listo para su uso, el pinche de cocina será el encargado de la elaboración de los diferentes platos fríos, entremeses y postres, mediante diversas técnicas culinarias, consiguiendo así una presentación estética y atractiva de los platos.

Es de vital importancia que el pinche de cocina se cerciore de que los alimentos se elaboren siguiendo las especificaciones del menú en base a las necesidades de cada paciente, al tipo de dieta que tenga establecida o si constan prohibiciones en la ingesta de algunos alimentos o ingredientes, así como con el cumplimiento en todo momento de las regulaciones en materia de seguridad y salud pertinentes al ámbito culinario, para que de esta forma las dietas que llegan a los pacientes cuenten con la mayor calidad posible, lo que conlleva una organización adecuada del género, con la finalidad de que los diferentes platos sean elaborados en el momento apropiado, implicando una buena coordinación con el resto del equipo de cocina.

Cabe destacar que el pinche de cocina debe tener la formación y los conocimientos apropiados en las diferentes técnicas culinarias, así como en las normativas relacionadas con la seguridad e higiene para realizar un correcto trabajo tanto en la manipulación de los alimentos como en la limpieza y en la desinfección de su área de trabajo, lo que incluye superficies, equipos y utensilios de cocina utilizados en la elaboración de los diferentes platos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión una vez analizados los resultados y las diferentes funciones del pinche de cocina en el cuarto de platos fríos, entremeses y postres, se ha

podido comprobar que su labor es transcendental, donde además de auxiliar al cocinero, entre las tareas que ejecuta se encuentran el cumplimiento de los altos estándares de higiene, seguridad y calidad que se requieren en una cocina en el contexto hospitalario, por lo que para una correcta manipulación, así como la elaboración y almacenamiento de los distintos alimentos correspondientes al cuarto de platos fríos, entremeses y postres en la cocina hospitalaria, el pinche de cocina debe hacerlo siguiendo las normativas y regulaciones vigentes, por lo que tiene que contar con una formación culinaria adecuada.

6 Bibliografía

- Bejarano-Roncancio, J. J., Cortés-Merchán, A. J., y Pinzón-Espitia, O. L. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 77-93. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>
- 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>
- Márquez, A.G., García, T., Nieto, T.M. y Márquez, L. (2017). Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. *SANUM: revista científico-sanitaria*, (1), 54-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8780497>
- 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 682

TAREAS QUE EJECUTA EL PINCHE DE COCINA EN LA LIMPIEZA Y USO DE MAQUINARIA, ÚTILES Y EQUIPOS BÁSICOS DE UNA COCINA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN BURGOS BASTANTE

MARÍA DOLORES GARCÍA CONSUEGRA GARCÍA CAPELLANA

VERONICA DONOSO CONDE

ROSA MARIA BRAVO LOPEZ

FRANCISCO JAVIER PARRAS SANCHEZ

1 Introducción

Resulta de gran importancia en una cocina que la diversa maquinaria, utensilios y equipos de básicos cuenten con la limpieza y la conservación apropiada; cuando se hace referencia a una cocina en el ámbito hospitalario, mencionada limpieza y conservación cobra aún mayor relevancia, dado que es vital que cuenten con la higiene y seguridad estipulada para su contacto con los alimentos, los cuales posteriormente serán consumidos por pacientes que se encuentran hospitaliza-

dos y, por tanto, son más frágiles y tienen una mayor predisposición al contagio de una nueva enfermedad transmitida por la dieta.

En relación con el párrafo anterior, se debe tener en consideración que en el entorno hospitalario, la seguridad e higiene de los alimentos, así como su manipulación, tienen la obligatoriedad de realizarse cumpliendo con unos elevadísimos estándares relativos a la limpieza y desinfección, en cumplimiento con la normativa y legislación vigentes, tanto a nivel estatal como aquellos protocolos propios del hospital.

El pinche de cocina es la persona encargada de llevar a cabo la limpieza, desinfección y conservación en condiciones perfectas las diferentes zonas de trabajo, la maquinaria utilizada, los utensilios, las herramientas, las superficies y los equipos básicos, todo ello realizado de forma meticulosa y perfeccionista para lograr los resultados esperados, garantizando que las dietas servidas a los pacientes cumplan con la seguridad y calidad necesaria para evitar que la nutrición pueda provocar un empeoramiento de mencionados pacientes.

2 Objetivos

Identificar aquellas funciones que realiza el pinche de cocina en la zona de limpieza, uso de maquinaria, útiles y equipos básicos de una cocina hospitalaria, describiendo a su vez las tareas identificadas para que el lector entienda la importancia que tienen el pinche de cocina como miembro del equipo de cocina en el contexto hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática, evaluando de una forma explícita aquella literatura buscada en diversas bases de datos en Internet como Pubmed o Google Scholar, en base a la pregunta concisa de las funciones que realiza el pinche de cocina en la limpieza y uso de maquinaria, útiles y demás equipos básicos en una cocina hospitalaria, analizando posteriormente de manera crítica la información obtenida de la diferente bibliografía. Además de la parte teórica, a través del análisis cualitativo, se entrevistó a un pinche de cocina que lleva a cabo sus tareas en dicha área, así como una observación directa de sus funciones.

4 Resultados

Después de analizar de manera exhaustiva la revisión sistemática y el análisis cualitativo llevado a cabo para obtener los objetivos del presente capítulo, se ha podido observar que el pinche de cocina realiza diversas funciones en relación con la limpieza y uso de maquinaria, útiles y equipos básicos en una cocina hospitalaria esenciales, resaltando la importancia de su labor en el contexto de higiene y de la conservación adecuada de los diferentes equipos y maquinaria, la seguridad alimentaria y evitar que se transmitan infecciones por la alimentación a los pacientes por una inadecuada limpieza y desinfección; a su vez, el pinche de cocina debe cerciorarse de la utilización correcta de toda la maquinaria utilizada, lo que permite evitar que se produzcan accidentes en la cocina, además de ampliar la vida útil de la maquinaria, útiles y equipos básicos.

El pinche de cocina debe realizar, dentro de sus funciones, la higienización adecuada de todas las máquinas y equipos utilizados en la elaboración de las dietas, cabe destacar que el procedimiento de limpieza, desinfección y mantenimiento no es el mismo para toda la maquinaria y equipos, por lo que el pinche de cocina debe tener la formación y los conocimientos necesarios para saber qué productos son los correctos dependiendo del equipo que se vaya a limpiar y desinfectar, en base siempre a los protocolos establecidos para evitar la contaminación cruzada. Los equipos como freidoras, licuadoras, planchas, batidoras, etc., el pinche de cocina separará las partes que puedan desarmarse para proceder a una limpieza meticulosa y una desinfección minuciosa de todas aquellas partes de los diferentes equipos, con la finalidad de eliminar todos los residuos, lo que resulta de vital importancia, dado que en caso de no realizarse con idoneidad y quedar algún contaminante en la maquinaria, útiles o equipos, pueden alterar negativamente la seguridad y la calidad de los alimentos que vayan a ser manipulados después de la limpieza y desinfección.

Por otro lado, en cuanto a los utensilios que se manipulan para la elaboración de alimentos, tales como ollas, sartenes, cuchillos, espátula, cucharón, tijeras, entre otros muchos utensilios, estos deben ser lavados y desinfectados por el pinche de cocina de forma correcta, utilizando los productos, las técnicas de lavado y de enjuague adecuados así como almacenándolos en zonas secas que no haya humedad; de esta forma se evitará tanto el desarrollo como la acumulación de bacterias.

Otra de las funciones de gran relevancia que realiza el pinche de cocina es la manipulación de los residuos generados en la cocina hospitalaria, donde es de suma importancia que mencionados residuos se desechen cumpliendo con las norma-

tivas vigentes, separándolos según de qué tipo sean, para posteriormente arrojarlos los contenedores destinados a tal fin. El desechar los residuos de manera adecuada permite prevenir que se produzcan propagaciones de bacterias patógenas, así como también no dañar al medio ambiente y contribuir con la lucha del cambio climático.

5 Discusión-Conclusión

En referencia a los resultados obtenidos, se puede comprobar la gran importancia que ostenta el pinche de cocina en la limpieza y uso de maquinaria, utensilios y equipos básicos, asegurando con su labor la higiene y seguridad en la manipulación y elaboración de los diferentes alimentos en la cocina dentro del ámbito hospitalario, prevaleciendo el seguimiento de protocolos y normativas establecidas en la limpieza y desinfección de los diferentes equipos, así como un uso correcto y un mantenimiento efectivo para evitar el deterioro de las maquinarias y equipos, logrando alargar la vida útil de estos, por lo que resulta esencial contar con la formación necesaria para realizar sus diferentes tareas de manera correcta.

Como se ha visto, el pinche de cocina no sólo contribuye al uso apropiado, limpieza y desinfección de maquinaria, utensilios y equipos básicos de una cocina hospitalaria, además de ello, gracias a sus funciones, ayuda a prevenir y evitar la contaminación cruzada o el crecimiento y/o propagación de bacterias, lo que influiría directamente en la aparición de enfermedades u otros tipos de infecciones en los pacientes a través de la alimentación.

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_DI](http://sancyd.com/wpcontent/uploads/2020/02/MANUAL_DE_ACTUACION_HIGIENICO_SANITARIA_Y_NUTRICONAL_DI)
G.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>

Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2022/BOE-A-2022-5809-consolidado.pdf>

Márquez, A.G., García, T., Nieto, T.M. y Márquez, L. (2017). Seguridad del paciente desde la cocina hospitalaria. SANUM: revista científico-sanitaria, (1), 54-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8780497>

Protocolo para la gestión de residuos sanitarios (05 de junio de 2021). Servicio de Salud de Castilla-

La Mancha (SESCAM). https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/protocolo_gestion_residuos_sanitarios_2021.pdf

Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-11049-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 683

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA Y EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE COCINA

ANTONIA FERNANDEZ BELLON

VICTOR SERRANO SIMON

CARMEN JIMENEZ MARTINEZ

MAMERTA RODRÍGUEZ RIOJA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

1 Introducción

Los pinches de cocina van a desempeñar un papel fundamental en la provisión de servicios de alimentos en los entornos hospitalarios. Aunque su trabajo a menudo se va a pasar por alto en comparación con el personal médico que trabaja en el hospital, su contribución es esencial para garantizar la nutrición adecuada de los pacientes y mantener un ambiente hospitalario funcional.

La relación entre el ambiente de trabajo y el bienestar psicológico es un tema crucial en el ámbito laboral. Los utensilios, como los pinches de cocina hospitalaria, pueden tener un impacto en la experiencia emocional de los trabajadores.

Este estudio se propone explorar cómo la relación entre los pinches y el personal de cocina en el entorno hospitalario influye en su bienestar psicológico. Se explorarán los factores que contribuyen a este impacto, incluyendo el estrés laboral, la presión emocional y las condiciones de trabajo que tienen los pinches de cocina. Se analiza cómo los utensilios utilizados en la preparación de alimentos en entornos hospitalarios pueden influir en el estado emocional, la satisfacción laboral y la percepción del equipo de cocina.

Los resultados van a destacar la importancia de reconocer y de apoyar adecuadamente a estos profesionales para promover un entorno hospitalario integral y saludable.

2 Objetivos

El objetivo es conocer la importancia que tiene el impacto psicológico de los pinches de cocina de los hospitales y cómo se puede mejorar su trabajo y qué va a influir en él.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes fuentes académicas y científicas para analizar que impacto psicológico tiene la relación entre el pinche de cocina y el bienestar del personal de cocina. Se han buscado términos como "impacto psicológico de los pinches de cocina hospitalario" entre otros para realizar el trabajo.

4 Resultados

Los resultados van a abordar varios temas como:

1. Los Pinches de Cocina Hospitalaria como Símbolos: Se examina cómo los pinches de cocina pueden funcionar como símbolos que influyen en la percepción del trabajo y el entorno laboral. Se exploran conceptos como la conexión con la profesión culinaria, la identificación con la institución hospitalaria y la representación de la atención a los pacientes.
2. Diseño y Funcionalidad: Se discute cómo el diseño y la funcionalidad de los pinches de cocina pueden afectar el bienestar psicológico del personal. Los utensilios bien diseñados y funcionales pueden aumentar la eficiencia y la sensación

de control, lo que a su vez podría impactar positivamente en la satisfacción laboral y el estado de ánimo.

3. Emociones Asociadas: A través de las entrevistas, se exploran las emociones asociadas con los pinches de cocina, como el sentido de propósito, la comodidad emocional y la relación con la calidad del trabajo. Se analiza cómo estos sentimientos pueden influir en la percepción general del trabajo y la salud mental.

4. Impacto en el Bienestar: Los pinches de cocina pueden tener un impacto significativo en el bienestar psicológico del personal. La relación con los utensilios puede afectar la satisfacción laboral, el compromiso y la percepción del sentido de pertenencia al equipo de cocina.

5. Bienestar de los pacientes: los pacientes van a destacar la importancia de recibir comidas de calidad y apetitosas durante su estancia hospitalaria. Ya que la alimentación no solo afecta a la salud física e influye en el estado de ánimo y bienestar psicológico.

6. Percepción que tiene el personal médico: la alimentación de calidad va a impactar en la recuperación y la actitud de los pacientes hacia su tratamiento.

Estos resultados van a resaltar la importancia de considerar el impacto psicológico de los pinches de cocina en el entorno hospitalario. La alimentación de calidad no solo es esencial para la salud física de los pacientes, sino que también van a influir en su bienestar emocional. El apoyo adecuado a los pinches, incluida la capacitación y la gestión del estrés, podría mejorar su satisfacción laboral y la calidad de las comidas.

5 Discusión-Conclusión

La relación entre los pinches de cocina hospitalaria y el bienestar del personal de cocina es un aspecto importante y subestimado en el ámbito hospitalario. El diseño, la funcionalidad y el simbolismo de los utensilios pueden influir en la salud mental, emocional y la satisfacción laboral del personal. Reconocer y abordar este impacto psicológico puede contribuir a un ambiente de trabajo más saludable y productivo. Al reconocer el trabajo de los pinches de cocina de los hospitales, se va a fomentar un entorno laboral más colaborativo y comprensivo. No solo es importante la alimentación como necesidad médica sino también como un componente esencial para la salud mental y emocional de los individuos.

6 Bibliografía

1. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-hospital-regional-de-malaga-va-a-evaluar-los-riesgos-psicosociales-de-los-pinches-de-cocina>.
2. <https://diariosanitario.com/los-entresijos-del-menu-de-hospital/>.
3. http://sociedadcentrorehabilitacion.com/wp-content/uploads/2020/05/190313_disfagia_interactivo.pdf.

Capítulo 684

TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN QUIRÚRGICA

ANA MARÍN MUNUERA

MARIA ISABEL BAÑARES GÓMEZ

MARÍA ROSA PRESTEL MARTÍN

MARTA GOMEZ ROJAS

MARIA ESTRELLA SANCHEZ CORROCHANO

1 Introducción

Una unidad de reanimación quirúrgica, también conocida como sala de recuperación postoperatoria o sala de reanimación, es un componente crítico en cualquier entorno quirúrgico. Su función principal es brindar cuidados intensivos y vigilancia inmediata a los pacientes después de una cirugía, ayudándolos a recuperarse de la anestesia y estabilizándolos antes de ser trasladados a una sala de hospitalización.

Características clave de una unidad de reanimación quirúrgica:

Equipo Médico Especializado: La unidad está equipada con un equipo médico y de enfermería altamente capacitado en cuidados postoperatorios, incluyendo anestesiólogos y enfermeras especializadas.

Monitorización Continua: Los pacientes son constantemente vigilados. Esto incluye la monitorización de signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la temperatura.

Control del Dolor: Se administra medicación para controlar el dolor y el malestar posquirúrgico.

Reversión de Anestesia: Si es necesario, se revierte la anestesia y se asegura que el paciente esté despierto y respirando de manera adecuada.

Estabilización: Se toman medidas para estabilizar al paciente antes de su traslado, lo que puede incluir la administración de fluidos intravenosos, oxígeno suplementario y otros tratamientos según las necesidades individuales.

Apoyo Emocional: Además de la atención médica, se brinda apoyo emocional a los pacientes que están despertando de la cirugía y a sus familiares, proporcionando información sobre la intervención y el proceso de recuperación.

Tiempo Limitado: La estancia en la unidad de reanimación suele ser breve, y el objetivo principal es preparar al paciente para su traslado a una sala de hospitalización o alta ambulatoria.

Higiene y Esterilidad: La unidad mantiene altos estándares de higiene y esterilidad para prevenir infecciones.

Equipamiento Médico: Está equipada con equipos médicos esenciales, como ventiladores mecánicos, monitores, desfibriladores y suministros médicos de emergencia.

La unidad de reanimación quirúrgica juega un papel crítico en la seguridad y la recuperación de los pacientes que han sido sometidos a cirugía. Proporciona un entorno controlado donde se pueden abordar rápidamente cualquier complicación postoperatoria y se puede asegurar que el paciente esté listo para avanzar en su proceso de recuperación.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de reanimación quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 de reanimación quirúrgica, proporcionando un soporte crucial para asegurar una transición segura y cómoda para los pacientes desde el quirófano hasta la recuperación. Sus funciones son variadas y se centran en la atención y el cuidado de los pacientes recién operados:

Vigilancia Continua: El TCAE monitoriza constantemente los signos vitales de los pacientes, incluyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la saturación de oxígeno y la temperatura, para identificar cualquier cambio que pueda requerir atención médica inmediata.

Asistencia en la Reanimación: En caso de emergencia, el TCAE puede colaborar en maniobras de reanimación cardiopulmonar o en la administración de tratamientos de urgencia bajo la supervisión de enfermeras y médicos.

Apoyo Emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes que están despertando de la anestesia y pueden estar sintiéndose confundidos o ansiosos. Proporciona información tranquilizadora sobre el procedimiento y la etapa de recuperación.

Posicionamiento y Movilización: Ayuda a posicionar a los pacientes de manera adecuada para prevenir la formación de úlceras por presión y mejorar la circulación. Puede asistir en movilizar a los pacientes con precauciones postoperatorias.

Asistencia en la Alimentación: Ayuda en la administración de alimentos y líquidos según las indicaciones médicas y las necesidades del paciente.

Control del Dolor: Colabora en la administración de medicamentos para el control del dolor y el malestar posquirúrgico, siguiendo las instrucciones del equipo médico.

Comunicación y Coordinación: Mantiene una comunicación fluida con el personal médico y de enfermería, informando sobre cualquier cambio en el estado del paciente y siguiendo las indicaciones para el cuidado y la atención.

Preparación para el Traslado: Ayuda a preparar al paciente para su traslado a una sala de hospitalización o a otro entorno de cuidados, asegurándose de que estén cómodos y estables.

Higiene y Confort: Mantiene la higiene del paciente y el entorno, asegurando que estén limpios y cómodos durante su estadía en la unidad de reanimación.

Documentación y Registro: Registra información importante sobre el estado del paciente, la administración de medicamentos y cualquier observación relevante para mantener un registro preciso de la atención brindada.

El TCAE es una parte integral del equipo de atención en la unidad de reanimación quirúrgica. Su presencia y sus funciones son fundamentales para garantizar la seguridad, el bienestar y la recuperación efectiva de los pacientes después de la cirugía. Su enfoque en la atención humanizada y su colaboración con el equipo de salud contribuyen significativamente al éxito de la atención postoperatoria.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave como TCAE para un buen funcionamiento de la unidad de reanimación quirúrgica es mantener la vigilancia y la comunicación efectiva. Primero, la vigilancia constante de los signos vitales de los pacientes es esencial para identificar cualquier cambio en su condición de inmediato. La atención meticulosa y la capacidad para detectar problemas potenciales son cruciales en este entorno.

Segundo, la comunicación efectiva con el equipo de salud es fundamental. Asegurarse de informar claramente cualquier cambio o preocupación en el estado del paciente y estar dispuesto a colaborar estrechamente con médicos y enfermeras. Tercero, cultivar la empatía y la compasión al interactuar con los pacientes y sus familias. Esto ayuda a crear un ambiente de cuidado y apoyo en momentos críticos.

La vigilancia, la comunicación y el apoyo emocional son pilares esenciales para el funcionamiento exitoso de la unidad de reanimación quirúrgica y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. García, M. M., Campaña, R. P., García, V. J., & Domínguez, I. S. Actuación del equipo sanitario en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica.

Capítulo 685

QUÉ ESTRUCTURACIÓN TIENE LA COCINA HOSPITALARIA: POR EL PINCHE

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

1 Introducción

La cocina hospitalaria es una especialidad de la cocina que se enfoca en preparar comidas para pacientes en hospitales. El concepto se basa en brindar alimentos nutritivos adaptados a las necesidades nutricionales de los pacientes, garantizando al mismo tiempo la seguridad alimentaria y la calidad del servicio. Los requisitos estructurales básicos adecuados son esenciales para una preparación eficiente de los alimentos. Esto incluye cocinas bien diseñadas y totalmente equipadas, así como muchas medidas de salud y seguridad, como pisos antideslizantes y fáciles de limpiar, iluminación adecuada y ventilación efectiva. Además, es importante contar con instalaciones dedicadas en las cocinas de los hospitales, como áreas de preparación de alimentos para pacientes con dietas especiales y áreas de almacenamiento de alimentos y utensilios. Un ayudante de

cocina es un profesional que prepara y sirve comidas en la cocina de un hospital. Tener las habilidades y los conocimientos necesarios para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad del servicio es fundamental. Por ello, se requiere personal formado y con experiencia para garantizar la calidad de las cocinas hospitalarias, aparte se requiere autónomo simpatizante y con madurez para entregar la clase de las cocinas hospitalarias que nos podemos encontrar aunque en la mayoría de ellas son centrales.

2 Objetivos

Conocer y aclarar la importancia del conocimiento del ayudante de cocina en la construcción y gestión de una cocina hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó un estudio consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos, trabajos y publicaciones en las principales bases de datos Google y Google Academy y se seleccionaron artículos científicos de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

La estructura de una cocina de hospital normalmente incluye varias áreas específicas diferentes, cada una con funciones específicas y delimitadas. Algunas de las áreas más comunes se describen a continuación. Área de preparación de comidas: Esta es el área donde se prepara la comida para el paciente. Esta área generalmente alberga varios electrodomésticos de cocina, como estufas, freidoras, hornos, licuadoras y diversos electrodomésticos de cocina. Área de almacenamiento: Un lugar para almacenar comestibles y utensilios. Esta área generalmente incluye un refrigerador y un congelador, así como estantes y gabinetes para almacenar alimentos y utensilios. Zona de limpieza: Esta zona es para el lavado y desinfección de los utensilios de cocina y de la cocina. Esta área generalmente incluye un fregadero, lavavajillas y estantes para guardar utensilios limpios. 694 Área de cocina administrativa: Es el área donde se realizan las labores administrativas relacionadas con la cocina. B. Gestión de inventario, planificación de menús, gestión de pedidos. Área de Distribución de Alimentos: Área

donde se distribuyen alimentos a los pacientes. Esta zona suele tener muchos food trucks y bandejas para llevar tu comida. Además de las áreas o zonas anteriores, las cocinas de los hospitales también suelen contar con muchas medidas sanitarias y de seguridad, como suelos antideslizantes y por supuesto de fácil limpieza, iluminación y ventilación adecuadas. No solo es eficiente, sino que también cuenta con instalaciones especializadas para cocinas hospitalarias, incluyendo un área de preparación de alimentos para pacientes con dietas especiales. En resumen, las estructuras de cocina hospitalaria son fundamentales para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad del servicio. Incluye varias áreas específicas, cada una con funciones específicas, como áreas de preparación de alimentos, almacenamiento, limpieza, cocinas administrativas, distribución de alimentos, etc. Además, contar con un equipo de trabajo capacitado y con experiencia es fundamental para garantizar la calidad de la alimentación hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las estructuras de cocina hospitalaria son fundamentales para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad del servicio. Incluye varias áreas específicas, cada una con funciones específicas, como áreas de preparación de alimentos, almacenamiento, limpieza, cocinas administrativas, distribución de alimentos, etc. Cada una de estas áreas deberá estar equipada con los equipos y aparatos necesarios para el desempeño de su función y diseñada con las medidas de seguridad e higiene necesarias para garantizar la seguridad alimentaria. Además, contar con un equipo de trabajo capacitado y con experiencia es fundamental para garantizar la calidad de la alimentación hospitalaria. Cada una de estas áreas deberá estar equipada con los equipos y aparatos necesarios para el desempeño de su función y diseñada con las medidas de seguridad e higiene necesarias para garantizar la seguridad alimentaria.

6 Bibliografía

1. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.
2. Laser Médica. Diseño Seguro de Cocinas en Servicios de Alimentación.
3. Albisu, Marta. Restauración colectiva.
4. MAD. Gestión hostelera. Alimentación: procesos funcionales.
5. Montes, E, Llore, I, López, MA. Diseño y gestión de cocinas.

Capítulo 686

CÓMO ES EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CIRCUITOS DE DISTRIBUCIÓN EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PARA PINCHES

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

1 Introducción

Es muy importante saber cómo se tratarán los diversos tipos de circuitos de distribución que se encuentran disponibles, los cuales se deben utilizar, así como el funcionamiento adecuado e ideal 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 suficientes circuitos de distribución 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. Dentro de los diversos circuitos de distribución que están presentes en una cocina, es necesario distinguir entre las líneas de producción de frío y caliente. Los alimentos se cocinan en la primera línea de producción, que es un circuito donde se preparan a una temperatura de al menos 65 °C; estos alimentos deben mantener una temperatura constante hasta que sean distribuidos y servidos al paciente. En cambio, los alimentos se mantienen en la línea de producción en frío hasta que se comen procurando que estén refrigerados a la temperatura necesaria.

2 Objetivos

Describir los diferentes sistemas de distribución en la cocina 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

Los alimentos deben prepararse adecuadamente y calentarse a la temperatura ideal y necesaria antes de servirlos a los pacientes. Actualmente hay muchos recursos disponibles para esto. Además, es fundamental destacar la importancia de cumplir una serie de normativas en los circuitos de distribución: - Siempre avanzando, lo que implica que todos los preparativos y manipulaciones deben realizarse para garantizar la seguridad del producto y evitar la contaminación. - Diferenciar entre distribución, procesamiento y áreas sucias y limpias. - Los contrastes entre climas áridos y templados. Deben ser fáciles de desinfectar y limpiar. - El acceso a varios lugares debe ser simple. La discusión de los circuitos de distribución en este capítulo se centrará en dos temas importantes: la línea de distribución caliente y el sistema convencional. 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 minimizar 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. 3538 Por otro lado, se encuentra el acceso a la línea de distribución de frío. En este caso, la comida ya ha sido preparada, cocinada y enfriada antes de almacenarse de forma segura 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 y se servirán en bandejas preparadas a tal efecto antes de ser entregados a los pacientes se pondrán en carros y se subirán a planta donde la pinche junto a la auxiliar repartirán las bandejas a los enfermos.

5 Discusión-Conclusión

La ubicación de la cocina en el hospital, la cantidad de pisos y camas y la cantidad de pacientes afectan el circuito de distribución de energía y el funcionamiento de la cocina. Los alimentos pueden llegar fríos si no se utiliza el circuito de entrega correcto. Por otro lado, no es lo mismo que entregar la compra en centros pequeños con distancias de viaje cortas y tiempo corto de cocina a habitación. Por otro lado, los hospitales muy grandes tienen un gran número de camas y pacientes, y distancias y tiempos de viaje mucho más largos donde la comida deberá ir en carros térmicos para llegar al paciente caliente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/circuito-alimentos-cocina-hospitalaria/>.
2. <https://www.restauracioncolectiva.com/n/el-diseno-de-cocinas-hospitalariasprincipios-genericos>.

Capítulo 687

QUÉ HAY QUE HACER A LA HORA DE MANIPULAR ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS PINCHES

MANUELA JIMENEZ GONZALEZ

VIRTUDES HONRUBIA AROCA

JUANA MARÍA MORENO SANCHEZ

FRANCISCO JOSE CABRERA PRUAÑO

FRANCISCO PÉREZ JUÁREZ

1 Introducción

Los consumidores tienen derecho a tener a su alcance alimentos seguros y de alta calidad para evitar intoxicaciones y enfermedades. Por lo tanto, es importante mantener una buena higiene alimentaria. Por ello, es importante una buena higiene y manipulación de los alimentos. Es fundamental que todo el personal que manipula alimentos reciba una formación adecuada, precisa y actualizada sobre la prevención de intoxicaciones alimentarias para que los alimentos lleguen a los consumidores de la forma más segura posible. Al transportar, manipular, producir o procesar alimentos, es importante tomar precauciones para evitar la contaminación de los alimentos y las enfermedades.

Como se mencionó anteriormente, para preparar alimentos sin riesgos, es muy

importante una adecuada capacitación en buenas prácticas de higiene para lograr los resultados esperados.

Este reglamento establece los principios y requisitos de la legislación alimentaria y establece la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. La Norma Alimentaria Española (CAE) es una norma española que tenía como finalidad, entre otras cosas, definir qué se entiende por alimentos. No obstante, desde el 1 de febrero de 2002, los Estados miembros de la Unión Europea han promulgado el Reglamento (CE) n° 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002, por el que se establece un concepto jurídico común para la denominación de productos alimenticios es creado para evitar contaminaciones y toxificaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo manipulan los alimentos los pinches de las cocinas hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las buenas prácticas de los procesadores de alimentos son herramientas fundamentales para obtener alimentos seguros para el consumo humano. La limpieza, el saneamiento, el transporte y la conservación contribuyen a la seguridad de la producción de alimentos seguros para el consumo humano. Si las materias primas son materias primas refrigeradas o congeladas, se debe garantizar que la cadena de frío no se rompa durante el transporte y el almacenamiento no se debe realizar directamente sobre el suelo. Los registros de productos entrantes incluyen fecha de llegada, proveedor, lote y cantidad. Para productos refrigerados, tenga en cuenta también la temperatura a la llegada. Los productos refrigerados están entre 0 °C y 5 °C, lo que permite un crecimiento microbiano más

lento y una vida útil más prolongada. La congelación a -18°C mata los microorganismos y puede almacenarse durante varios meses. Las aberturas deben evitar la entrada de mascotas, insectos, roedores, moscas y contaminantes ambientales como humo y polvo. Se requieren tabiques o mamparas para evitar la contaminación cruzada. El espacio debe ser grande, los trabajadores deben poder saber qué operaciones se están realizando para evitar la contaminación cruzada y poder realizar operaciones de limpieza y desinfección de manera efectiva. El agua utilizada debe ser potable, de presión y temperatura adecuadas, y los equipos de manipulación de alimentos deben estar fabricados con materiales que no transmitan sustancias tóxicas, olores o sabores. Los bancos de trabajo están libres de madera y productos que puedan corroerse, lo que garantiza un trabajo higiénico desde la recepción de las materias primas hasta la fabricación del producto final. Todos los empleados que manipulan alimentos deben mantener la higiene personal y usar uniformes, zapatos, gorros y guantes adecuados. Las joyas no deben manipularse cuando se manipulan materias primas o alimentos. Otros comportamientos como comer y fumar. Con estas pautas y la capacitación adecuada, se deben evitar las enfermedades y los envenenamientos de los consumidores. Las bacterias son una de las principales causas de contaminación de los alimentos. Puedes encontrarlos en cualquier lugar en el agua, el aire o bajo tierra... y en humanos y animales. Estos pueden ser incluidos en el feed o enviados por un controlador. Las enfermedades transmitidas por alimentos más comunes son causadas por microorganismos, bacterias, virus y hongos. La mayoría de estas enfermedades se caracterizan por un corto período de incubación. Además, todos presentan síntomas similares (diarrea, vómitos, dolor abdominal, fiebre) que desaparecen rápidamente con el tratamiento adecuado. Sin embargo, algunas enfermedades son complejas y potencialmente fatales.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad alimentaria es el conjunto de medidas que aseguran que el alimento entregado al consumidor sea inocuo y conserve sus propiedades nutricionales. Para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, es importante que todas las personas presten mucha atención a las etapas y procesos en los que puede ser necesario manipular los alimentos, y que se conozcan y respeten las normas de higiene a lo largo de la cadena alimentaria. Personas en contacto con alimentos Se debe tener cuidado para evitar el contacto del producto con productos químicos y contaminantes durante la manipulación, recarga y recepción. Adicionalmente, se debe controlar la higiene y limpieza de las áreas de al-

macenamiento de alimentos. En general, las normas de seguridad exigen que los empleados que manipulan alimentos practiquen una buena higiene personal. Así que siempre tenga en cuenta que el personal debe estar debidamente capacitado. Esto no permite manipular correctamente los alimentos.

6 Bibliografía

1. <https://www.consumer.es/seguridad-alimentaria>.
2. <https://www.euroinnova.com.ar/>.
3. <https://www.grupoioe.es/>.

Capítulo 688

FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

CARMELO ZAMORANO PANZANO

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, el servicio de urgencias es un pilar fundamental para brindar atención médica inmediata y de calidad a aquellos pacientes que presentan situaciones de salud críticas o de emergencia. En este contexto, la figura del celador cobra una relevancia significativa al desplegar una serie de funciones esenciales que contribuyen al funcionamiento fluido y eficiente de este vital sector médico. Las funciones del celador en el servicio de urgencias no solo implican el traslado de pacientes de manera segura, sino que también abarcan diversas actividades que impactan directamente en la atención y el bienestar de quienes requieren asistencia médica en momentos críticos.

Una de las funciones primordiales del celador en el servicio de urgencias es garantizar la movilidad adecuada de los pacientes dentro del hospital, asegurando que

sean trasladados de manera segura a las diferentes áreas donde deben recibir atención médica. Además de esta tarea fundamental, los celadores también tienen la responsabilidad de colaborar en la preparación y acondicionamiento de las salas de urgencias, garantizando la disponibilidad de suministros y equipos necesarios para la atención inmediata de los pacientes.

Asimismo, el celador desempeña un papel crucial en la logística de la unidad de urgencias al transportar muestras clínicas, medicamentos y material médico necesario para la atención médica. Colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería en la movilización de pacientes de un área a otra dentro del hospital, asegurando que los protocolos de seguridad y el bienestar del paciente sean prioritarios en todo momento.

Las funciones del celador en el servicio de urgencias trascienden de la simple tarea de la realización de traslado del paciente, abarcando un conjunto diverso de responsabilidades que contribuyen al funcionamiento eficiente de este entorno crítico de atención médica. Su labor no solo impulsa la atención de calidad, sino que también aporta a la creación de un entorno hospitalario seguro y ordenado para pacientes, familiares y personal médico.

2 Objetivos

- Describir las funciones del 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

La figura del celador en el servicio de urgencias es de vital importancia para garantizar un funcionamiento eficiente y seguro de este entorno hospitalario crucial. Sus responsabilidades abarcan una variedad de tareas que contribuyen directamente al cuidado de los pacientes y al soporte del personal médico.

En primer lugar, el celador desempeña un papel fundamental en la recepción y traslado de pacientes. Está encargado de recibir a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, proporcionándoles orientación y apoyo desde el primer momento. Además, colabora con la gestión de camillas y sillas de ruedas para el traslado seguro y cómodo de los pacientes a distintas áreas, como salas de espera, consultorios y salas de tratamiento. La eficacia en esta labor es crucial para optimizar el flujo de pacientes y asegurar que reciban la atención necesaria sin demoras indebidas.

Otra función esencial del celador es la de colaborar en la limpieza y mantenimiento del entorno. Esto implica asegurar la higiene y desinfección de áreas críticas, como salas de espera y consultorios, reduciendo el riesgo de infecciones cruzadas. Asimismo, la disposición adecuada de los equipos y materiales médicos es responsabilidad del celador, lo que contribuye a que los profesionales de la salud puedan acceder de manera rápida y efectiva a lo que necesitan para atender a los pacientes.

En situaciones de urgencia, el celador también tiene un papel en la movilización de pacientes con cuidado y destreza. Esto implica trasladar a aquellos pacientes que no pueden moverse por sí mismos, ya sea por razones médicas o físicas. La habilidad del celador para realizar estas tareas de forma segura es esencial para prevenir lesiones adicionales y garantizar la comodidad del paciente durante el proceso de traslado.

Además, el celador contribuye a la creación de un entorno de apoyo emocional para los pacientes y sus familias. Puede ser una figura tranquilizadora al brindar información básica sobre los procedimientos, horarios y protocolos del servicio de urgencias. Esta interacción empática puede reducir la ansiedad y el estrés que a menudo acompañan a las situaciones de emergencia médica.

En coordinación con el personal médico y de enfermería, el celador también asiste en la movilización de pacientes para la realización de estudios diagnósticos, como radiografías o ecografías. Su presencia es valiosa para asegurar que los pacientes se posicionen correctamente y sigan las instrucciones necesarias para obtener resultados precisos. Esta colaboración directa con el equipo de atención médica subraya la importancia del rol del celador en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Las funciones del celador en el servicio de urgencias abarcan desde la recepción y traslado de pacientes hasta la colaboración en la limpieza, apoyo emocional y asistencia en procedimientos médicos. Su labor contribuye significativamente a la eficiencia y la calidad de la atención en situaciones críticas. Un celador competente no solo facilita el trabajo del personal médico, sino que también brinda

consuelo y seguridad a los pacientes y sus familias en momentos de necesidad en este servicio tan delicado como es el de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del celador en el servicio de urgencias de un hospital es de vital importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y la atención de calidad a los pacientes que llegan en momentos de crisis y necesidad. A lo largo de este trabajo, hemos explorado las diversas funciones que desempeña este profesional en este entorno tan crucial.

El celador actúa como un enlace fundamental entre los pacientes y el personal médico, brindando apoyo tanto logístico como emocional. Su labor en el traslado de pacientes, el mantenimiento del orden y la limpieza en las áreas de urgencias, y la asistencia en la movilización de equipos médicos, contribuye directamente a la fluidez de las operaciones y al bienestar de los pacientes. Además, su presencia empática y tranquilizadora puede marcar una diferencia significativa en la experiencia de los pacientes y sus familias durante momentos de estrés y preocupación.

En este contexto, es esencial resaltar que la colaboración y la comunicación efectiva con otros profesionales de la salud son elementos clave para el éxito del equipo médico en urgencias. El celador, al trabajar en estrecha colaboración con médicos, enfermeras y personal administrativo, ayuda a mantener una atmósfera de coordinación que beneficia a todos.

En resumen, el rol del celador en el servicio de urgencias va más allá de simplemente asistir en las tareas diarias; implica ser un apoyo fundamental para el funcionamiento general del hospital. La combinación de habilidades logísticas, empatía y trabajo en equipo convierte al celador en un pilar fundamental para brindar atención integral a los pacientes en situaciones críticas. Su labor contribuye a la eficacia operativa y a la humanización de la atención médica en un entorno donde cada detalle cuenta.

6 Bibliografía

- 1.-<https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>.
- 2.-<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-27-actuacion-del-celador-en-el.html>.
- 3.-<https://congresosicepa.com/papel-celador-urgencias/>.

Capítulo 689

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

CARMELO ZAMORANO PANZANO

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, específicamente en el quirófano, la labor del celador juega un papel fundamental y multifacético que va más allá de lo que puede percibirse a simple vista. El celador es un elemento esencial en el engranaje de atención médica, desempeñando una serie de funciones cruciales que contribuyen al funcionamiento eficiente y seguro del quirófano y, por ende, al bienestar de los pacientes y al desarrollo de la labor médica en su totalidad.

Las funciones del celador en quirófano abarcan una amplia gama de responsabilidades que van desde el traslado adecuado de los pacientes, la preparación y organización del entorno quirúrgico, hasta la colaboración activa durante los

procedimientos médicos. Su presencia y participación son vitales para garantizar la fluidez de las operaciones, la higiene y asepsia necesarias, así como el mantenimiento de un ambiente ordenado y seguro. Más allá de las tareas técnicas, el celador también desempeña un rol de apoyo emocional para los pacientes, brindando tranquilidad en momentos de incertidumbre y ansiedad.

El presente trabajo tiene como objetivo explorar en detalle las diversas funciones que el celador desempeña en el entorno del quirófano. Se analizará su contribución en la movilización y transporte de pacientes, la colaboración con el personal médico y de enfermería, la gestión de suministros y equipos, así como su rol en la promoción de un ambiente hospitalario empático y seguro. A través de esta investigación, se busca resaltar la importancia crucial de la labor del celador en quirófano y su impacto significativo en la calidad de la atención médica en general.

2 Objetivos

1. Investigar en profundidad las responsabilidades y habilidades del celador en el servicio de quirófano, destacando sus funciones esenciales para el funcionamiento eficiente y seguro del entorno quirúrgico hospitalario.
2. Reconocer las características clave que distinguen al celador en el servicio de quirófano, comprendiendo cómo su presencia contribuye a mantener un ambiente ordenado, aseado y propicio para la atención médica de calidad.
3. Valorar la efectividad del desempeño del celador en el servicio de quirófano, considerando su colaboración con el equipo médico, la asistencia a pacientes y la garantía del cumplimiento de protocolos de higiene y seguridad.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación basada en la búsqueda de diferentes publicaciones en internet, relacionadas con la labor del celador en el quirófano de los centros sanitarios, se han consultado diferentes artículos relacionados con el tema, como también se ha consultado en el Estatuto del Personal no sanitario de los centros e instituciones sanitarias.

4 Resultados

El entorno quirúrgico en un centro hospitalario es un escenario de precisión y cuidado extremo, donde cada función desempeñada por el personal tiene un impacto directo en la salud y seguridad del paciente. Las funciones del celador son un pilar esencial para el funcionamiento eficiente y seguro del quirófano. El presente desarrollo aborda en detalle las diversas funciones del celador en quirófano y cómo estas contribuyen a la operación exitosa del entorno médico.

Una de las funciones primordiales del celador en quirófano es la preparación y organización del área antes de los procedimientos quirúrgicos. Esto incluye asegurar que todos los instrumentos, suministros y equipos necesarios estén dispuestos de manera ordenada y accesible. La disposición meticulosa de estos elementos no solo agiliza el flujo de trabajo, sino que también contribuye a mantener la asepsia y esterilidad requeridas en el quirófano.

Durante las cirugías, el celador colabora activamente con el personal médico y de enfermería. Su función abarca desde la entrega y devolución de instrumentos hasta el mantenimiento del orden en el espacio. Esta colaboración no solo optimiza el desarrollo de la cirugía, sino que también refleja la importancia de la comunicación y el trabajo en equipo en un entorno tan delicado.

Además, una de las funciones del celador que desempeña un papel fundamental es el traslado y cuidado de los pacientes. Acompaña a los pacientes a la sala de operaciones, garantizando su comodidad y seguridad en este proceso. Posteriormente, asiste en la recuperación del paciente, ayudando en su traslado a la sala de recuperación y asegurando que todas sus necesidades sean atendidas.

Otra función significativa es la contribución a la higiene y limpieza del quirófano. Una vez que concluye la cirugía, el celador participa en la limpieza y desinfección del espacio. Esta labor minuciosa es esencial para prevenir infecciones y mantener un ambiente estéril, crucial en el proceso de recuperación de los pacientes. Un aspecto menos tangible pero igualmente crucial es el apoyo emocional que brinda el celador a los pacientes y sus familias. La ansiedad previa a una cirugía es común, y la presencia tranquilizadora del celador puede aliviar en gran medida esta tensión. Su capacidad para escuchar, ofrecer palabras de aliento y mantener una actitud empática contribuye a generar un ambiente más humano y cálido en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del celador en el área quirúrgica es de vital importancia para el funcionamiento fluido y seguro de este entorno médico. Sus funciones van más allá de las tareas logísticas, abarcando la organización del espacio, la colaboración con el equipo médico y el apoyo emocional a los pacientes. El celador es un enlace crucial que asegura que todos los elementos estén en su lugar para que los procedimientos se lleven a cabo de manera eficiente y segura. Su contribución en la preparación y limpieza del quirófano, así como su papel tranquilizador para los pacientes, refuerza su relevancia en la experiencia quirúrgica.

En última instancia, el celador en el área quirúrgica no solo realiza funciones tangibles, sino que también desempeña un papel integral en el bienestar y la confianza de los pacientes. Su dedicación y participación activa en cada fase del proceso quirúrgico consolidan su importancia en la cadena de atención médica. Su labor silenciosa pero esencial es un recordatorio de que el cuidado de la salud es un esfuerzo conjunto en el que cada función, por pequeña que parezca, contribuye significativamente al objetivo común: la atención médica de calidad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.-<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>
- 2.-<https://revistamedica.com/funciones-importancia-celador-quiroyano/>
- 3.-<https://academiairigoyen.com/wp-content/uploads/2022/02/TEMA-12.-ACTUACION-EN-QUIROFANO-2021.-Oposiciones-Celador-SACYL.pdf>

Capítulo 690

EL PERSONAL MECÁNICO Y LOS CONOCIMIENTOS DE SOLDADURA POR LLAMA: SOLDADURA OXIACETILÉNICA

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 en que consiste la soldadura oxiacetilénica.
- Describir cuál es el equipo necesario para poder realizar la soldadura por llama por parte del mecánico.

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

La soldadura con oxiacetileno es un proceso de soldadura por fusión que utiliza el calor de una llama para derretir el metal.

De esta manera, la soldadura se puede realizar con o sin material de aporte y se agrega metal de aporte para cubrir los biseles y orificios.

La tarea principal de esta máquina de soldar es proporcionar una mezcla de gas, combustible y oxidante con la velocidad, presión y proporción requeridas. El calor requerido en este proceso es producto de la combustión del gas acetileno,

que es una combustión premezclada. La fuente de calor es independiente del suministro de metal, por lo tanto, si es necesario, puede calentarse y fundirse con la ayuda del material. El calentamiento y la fusión no ocurren al mismo tiempo, las partes a soldar se calientan en ambos lados de la costura en un área grande, lo que puede causar una deformación significativa debido al área de calentamiento más grande.

Se produce un enfriamiento lento, por lo que sería posible corregir la deformación

El oxígeno se combina con el acetileno para formar una llama altamente concentrada que alcanza los 3100°C en su punto más caliente.

Debido a esta temperatura, una llama de oxiacetileno puede derretir la mayoría de los metales y aleaciones.

Es una excelente fuente de calor para trabajos de calefacción local. Estación de seguridad para soldadura y oxicorte con sopletes de gas.

La principal ventaja de este método de soldadura es que los equipos móviles son fáciles de transportar.

El equipo está formado por:

- Cilindros de oxígeno y cilindros de acetileno o cilindros de acero.
- Reguladores: su objetivo principal es reducir la presión muy alta en el cilindro a una presión de trabajo más baja y segura. Válvulas antirretorno: Evitan que la llama regrese del quemador a la manguera o de la manguera a la botella.
- Quemador: responsable de la mezcla adecuada de gases.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de una institución sanitaria ejercen su trabajo diferentes tipos de personal y uno de ellos es el personal mecánico.

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 o eléctrica que surja dentro de la institución sanitaria y mantener al día cualquier tipo de incidencia que surja para así velar por la seguridad de todos los usuarios del centro.

Este personal de mecánico tiene que poseer unos amplios conocimientos sobre diversas materias, puesto que esta rama engloba muchos aspectos.

Una de estas materias es la soldadura por llama, en la que el personal mecánico ha de dominar correctamente para poder afrontar los trabajos que se le demanden dentro de la institución sanitaria.

6 Bibliografía

1. Ocronos.
2. Revista médica.
3. Sanidad. CCOO.

Capítulo 691

EL PERSONAL DE MECANICO Y SU LABOR EN EL PARTE DE LAS BALAS DE OXÍGENO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ANGEL CLEMENTE GONZÁLEZ RECIO

OSCAR CASTILLO ESPADAS

JOSE DANIEL SUSIN MONTERO

MARIO MARTÍNEZ LEÓN

JUSTINIANO RODRIGO NARANJO

1 Introducción

La mejora de la seguridad del paciente se ha convertido en un eje central de los sistemas sanitarios llevando a diferentes organismos a elaborar estrategias. El Ministerio de Sanidad impulsa la estrategia 2015-2020 como continuidad al plan iniciado en el año 2005 para reflexionar y tomar decisiones en cuanto a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente se ha convertido a lo largo de los años en una prioridad de cada uno de los sistemas sanitarios, por constituir un entramado de factores que interactúan provocando posibles daños al paciente. Tanto a nivel nacional como internacional se vienen elaborando estudios que permitan mejorar los servicios y cuidados en la línea de establecer una cultura de seguridad

dirigida a proteger la calidad que se desea dispensar a los usuarios de los sistemas sanitarios. El mantenimiento mecánico en un hospital es donde realizan el mantenimiento de las máquinas y sistemas mecánicos, realizando tareas de ajuste, instalación, revisión, ajuste y reparación dentro del centro hospitalario. El mantenimiento de las instalaciones industriales está asociado a un mal necesario que difícilmente es reconocido por la alta dirección empresarial, por supuesto solo considerado como un centro de costos. Un adecuado mantenimiento permite la modernización, especialización y rentabilidad de los servicios existentes.

2 Objetivos

Conocer para qué servicio se dispensa cada gas, colores, etiquetado, partes de una botella y medidas de seguridad en las tareas de distribución aplicadas en todo el proceso, realizadas por el personal del servicio de mantenimiento mecánico en el 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

Antes de realizar la puesta de estos gases en el servicio, el Mecánico Sanitario debe tener unos conocimientos previos en cuanto a los riesgos asociados a estos gases como a una formación de qué gas es utilizado en cada servicio. Estos gases han de estar identificados de tal forma que el mecánico sanitario sea capaz de distinguir claramente las siguientes denominaciones en una pegatina en buen estado y situada en la botella: a) Denominación del gas. b) Riesgos. c) Fabricante. d) Usos.

Las partes de una botella, se componen de:

- Ojiva: parte superior de la botella, en ella se encuentra el collarín, la llave y la toma (grifo). Además, la parte de la ojiva que se une al cuerpo es donde se encuen-

tran las pegatinas de identificación del gas, código del lote, fecha de envasado y caducidad, y los peligros asociados.

- Cuerpo: es la estructura del recipiente.
- Base: como su propio nombre indica es la base en la que apoya al suelo, puede ser en forma cilíndrica o hexagonal.

Los colores de estos gases van pintadas en su ojiva y dependiendo del gas será diferente al igual que su toma para poderlos diferenciar de unos a otros, los materiales más utilizados para estos envases son acero u aluminio. o Oxígeno O₂ (color Blanco):

Es usado para aplicaciones en Oxigenoterapia (enriquecedor del aire para respirar), transportador de medicamentos, ... o Aire Medicinal, mezcla de Oxígeno O₂ y Nitrógeno N₂ (color Blanco/Negro).

Es usado para aplicaciones en Oxigenoterapia (enriquecedor del aire para respirar), transportador de medicamentos y ayuda a formar mezclas con otros gases. o Óxido Nitroso (Protóxido de Nitrógeno) N₂O (color Azul Oscuro/Blanco).

Es utilizado como anestésico. o Dióxido de Carbono (Anhídrido Carbónico) CO₂ (color Gris).

Para endoscopias y laparoscopias, facilita que las paredes de los órganos se ensanchen y no produzcan daños. o Nitrógeno N₂ (color Negro).

Presurización, conservación de muestras y tejidos (criogenización) y fecundación In Vitro. o Anaerobio (color Marrón/Blanco).

Es un compuesto de gases capaces de desplazar el oxígeno, es utilizado en laboratorios para el análisis de muestras en los equipos de laboratorios. o Helio He (color Marrón/Blanco).

Utilizado en la conservación de tejidos, mezclas respirables, junto con el nitrógeno forma mezclas criogénicas y con el oxígeno para tratamientos de insuficiencias respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Para una correcta puesta en marcha de este tipo de productos, el servicio de mantenimiento mecánico debe de haber sido formado por la empresa externa de distribución de gases, jefes de sección y conocer los diferentes tipos de gases.

Se deben utilizar estos productos con el más cuidado posible, evitando ser golpeadas, tumbadas y libres de grasas, aceites, etc.; que puedan originar una explosión.

Así como, no fumar cerca de la zona, utilizar todo tipo de EPI adecuados con el fin de no sufrir ningún accidente y tener sumo cuidado con la incidencia prologada

de los rayos del sol. Esto podría aumentar dependiendo de su exposición, un aumento de la temperatura de ciertos tipos de gases.

6 Bibliografía

- 1- Ocronos.
- 2- Revista médica.
- 3- Sanidad. CCOO.

Capítulo 692

EL PERSONAL MECÁNICO EN EL MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN Y AGUAS CALIENTES 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

Analizar los beneficios de las labores de mantenimiento a nivel hospitalario y cómo estos influyen en la calidad asistencial y en la satisfacción laboral del personal de mantenimiento.

3 Metodología

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

Cuando hablamos de mantenimiento hospitalario nos referimos a “las acciones dirigidas a asegurar la correcta operación, incrementar la confiabilidad de los sistemas básicos de ingeniería, instalaciones y equipos del hospital, a través de la realización de actividades de organización, dirección, planificación, ejecución y control”. Si bien el servicio de mantenimiento no genera beneficios como tal, si es un indicador de la calidad asistencial y, como se ha mencionado, previene un incremento en los costes a largo plazo.

El mantenimiento de los servicios hospitalarios da lugar a:

- Diagnósticos más rápidos sobre los fallos y las averías.

- Menores daños secundarios.
- Las revisiones se realizan en intervalos temporales más largos.
- Menos interrupciones en el trabajo.
- Se eliminan revisiones innecesarias.
- Se reducen los problemas de desgaste.
- Se eliminan componentes poco fiables.
- Se produce un mayor énfasis en aquellos requisitos de mantenimiento de elementos y de componentes y puntos críticos.

Además, permite proteger al entorno, tanto del paciente como institucional, proporcionando una mayor seguridad. En general, se encuentra que el mantenimiento en el sistema sanitario es una gran ventaja, ya que se basa en el cumplimiento de criterios muy simples, precisos y específicos, fáciles de comprender y cuyas tareas se realizan de una forma sistemática. Además, las tareas se ejecutan en orden de prioridad descendente.

Todo esto tiene beneficios sobre el propio personal de mantenimiento, ya que reduce la rotación del personal y garantiza que no se pierda la experiencia y las competencias adquiridas. También provee de un conocimiento general más profundo sobre la planta y los lugares de trabajo. Asimismo, se ha demostrado que la vida útil de los equipos se incrementa e incluso el trabajo en equipo se ve beneficiado.

El mantenimiento basado en la confiabilidad y en la prevención influye, muy especialmente, en las áreas de climatización y de aguas calientes, que son básicas para garantizar el adecuado desempeño de los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas sanitarios requieren de un mantenimiento continuado y confiable en distintos campos y áreas hospitalarias. El área de la ventilación y la climatización son fundamentales para el adecuado desarrollo de las funciones sanitarias. Es por ello que, llevar a cabo planes de mantenimiento preventivo en estas instalaciones, es fundamental.

Los planes de mantenimiento preventivo aplicados a los servicios sanitarios han dado resultados muy positivos no solo de cara a la reducción de costes, sino también se ha visto que influyen de forma positiva en la calidad asistencial al paciente, así como en la satisfacción laboral del personal de mantenimiento con su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 693

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ARCHIVO DE UN CENTRO HOSPITALARIO: FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS

CARMELO ZAMORANO PANZANO

MARIA ELENA MARTINEZ MORENO

LAURA TEBAR TORRES

BELEN PALACIOS LOZANO

PAULA DIAZ MECO ALVAREZ

1 Introducción

El archivo es un sistema organizado y seguro de gestión de documentos médicos y registros relacionados con la atención médica brindada a los pacientes en un hospital. Este archivo es una colección centralizada de información médica que incluye historias clínicas, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, informes quirúrgicos y otros datos relevantes para la salud de los pacientes.

El objetivo principal del archivo hospitalario es mantener un registro preciso y completo de todas las interacciones médicas, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas sobre el cuidado del paciente, realizar investigaciones clínicas y cumplir con requisitos legales. La gestión adecuada del

archivo hospitalario es esencial para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información médica, lo que a su vez contribuye a la calidad y seguridad de la atención médica proporcionada.

Aunque el archivo en numerosas ocasiones es el lugar más apartado y olvidado de un centro sanitario, su existencia es de vital importancia para el funcionamiento de estos centros así como el personal administrativo y celadores que trabajan para que el trabajo se realice de manera ágil y eficiente.

Los celadores cobran un papel relevante en este servicio, las funciones que realizan aquí son indispensables para que la documentación esté debidamente organizada y su traslado se haga en las mejores condiciones y cumpliendo las normas de confidencialidad.

2 Objetivos

- 1.- Observar la importancia del servicio de archivo dentro de un hospital para la agilización de los procesos implicados en la atención sanitaria de calidad.
- 2.- Valorar la necesidad del celador en el servicio de archivo de un centro hospitalario, para el correcto funcionamiento de este.
- 2.- Definir las funciones y características del celador en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación basada en la entrevista a varios celadores del servicio de archivo de un hospital, así como la búsqueda de información en diferentes publicaciones sobre el tema en internet y en diferentes bases de datos, se han consultado varios artículos. Una vez obtenida la información se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía obtenida, seleccionando la información mas relevante e interesante para la realización de este trabajo.

4 Resultados

El archivo de historias clínicas desempeña un papel fundamental en cualquier centro sanitario, ya que es el compendio detallado de la información médica de cada paciente a lo largo del tiempo. Esta recopilación ordenada y confidencial de datos médicos, diagnósticos, tratamientos y evolución de cada individuo brinda múltiples beneficios.

El archivo de historias clínicas garantiza la continuidad y calidad de la atención médica. Al contar con un registro completo y actualizado de la historia de salud de un paciente, los profesionales de la salud pueden tomar decisiones informadas, evitando duplicaciones de pruebas y tratamientos, y adaptando la atención a las necesidades específicas de cada paciente.

Además, este archivo es esencial para la investigación y el análisis epidemiológico. Los datos acumulados a lo largo del tiempo permiten identificar patrones de enfermedades, factores de riesgo y resultados de tratamientos, lo que contribuye al avance científico y al desarrollo de mejores enfoques terapéuticos.

Las historias clínicas resguardan la confidencialidad y privacidad de los pacientes. Un manejo adecuado de estos registros protege la información personal y médica de divulgaciones no autorizadas, cumpliendo con regulaciones éticas y legales.

El celador desempeña un papel crucial en la gestión de archivos de historias clínicas dentro de un hospital. Su labor se centra en garantizar la correcta organización, almacenamiento y acceso a la información médica de los pacientes. Entre sus responsabilidades, destaca la recepción y entrega de expedientes médicos a los profesionales de la salud autorizados, asegurando que los documentos estén disponibles en el momento adecuado.

Además, el celador se encarga de mantener la confidencialidad y la integridad de las historias clínicas, asegurando que solo el personal médico y autorizado pueda acceder a la información protegida por normativas de privacidad. Su labor contribuye a una atención médica de calidad al facilitar la rápida recuperación de información relevante para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Dentro del archivo de historias clínicas, el celador organiza los expedientes de manera ordenada, siguiendo pautas específicas para su catalogación y archivo. Esto implica asegurar que cada documento esté completo y correctamente identificado, lo que agiliza el flujo de trabajo y reduce la posibilidad de errores.

El rol del celador en el archivo de historias clínicas se traduce en una administración eficiente y segura de la documentación médica, facilitando la labor de los profesionales de la salud y contribuyendo a un proceso de atención médica efectivo y de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el archivo de historias clínicas es un pilar crucial en los centros sanitarios al respaldar la atención integral, la investigación médica y el respeto a la privacidad de los pacientes. Su mantenimiento y gestión adecuados son esenciales para asegurar una atención médica efectiva y de calidad.

El papel del celador en el archivo de historias clínicas es esencial para el funcionamiento fluido y seguro de un hospital. Su dedicación a la organización, custodia y acceso adecuado a la información médica demuestra su compromiso con la excelencia en la atención al paciente y la eficiencia en los procesos médicos. Su labor discreta y confidencialidad en el manejo de datos sensibles garantiza el respeto a la privacidad del paciente y el cumplimiento de las regulaciones de seguridad.

En conclusión podemos decir que el celador es un elemento fundamental en la optimización de la atención médica en el hospital. Su trabajo diligente y meticuloso en el archivo de historias clínicas respalda el objetivo principal de brindar atención médica de calidad y promover la salud y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.- <https://www.docunecta.com/blog/gestion-documental-para-el-sector-salud-mejora-la-calidad-y-atencion-del-centro>
- 2.- <https://revistamedica.com/archivo-hospitalario-funciones/>
- 3.- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-32-el-traslado-de-documentos-y.html>

Capítulo 694

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO MENTAL

DANIEL RODRIGUEZ ORDIZ

1 Introducción

¿Qué es la salud mental? Siempre te hablamos de la salud mental pensamos que hablamos de una persona que tiene problemas en su cerebro lo que vulgarmente llamamos una persona loca, estamos totalmente equivocados, ya que la organización mundial de la salud ya hace años definió el término de salud mental llegando a la conclusión que la salud mental es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y nada tiene que ver con lo que antiguamente pensábamos que una persona con problemas en la salud mental tiene ausencia de afecciones o enfermedades.

En mil novecientos ochenta y seis la ley general de la sanidad en España es cuando hace un plan de integración en el sistema para las personas con problemas de salud mental, en este plan de integración se empieza a trabajar con servicios de rehabilitación y reinserción social para que estas personas puedan tener una atención adecuada e integral con sus problemas, la ley general de sanidad en España quiere dar mayor importancia a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría que antiguamente en España estaba casi olvidada u obsoleta.

La psiquiatría en España estudia, diagnostica, trata y previene las enfermedades mentales en sus programas para que el enfermo sea capaz de ser un miembro más de su comunidad.

2 Objetivos

Explicar las funciones y los diferentes cometidos del celador en el servicio de enfermo mental y conocer sus características y funciones del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores son parte del equipo trabajador en las unidades psiquiátricas, tenemos que tener en cuenta que un celador de la unidad de psiquiatría tiene que saber que estamos trabajando con personas a veces complicadas y difíciles.

El celador tiene muchas funciones en la unidad de psiquiatría, la mayoría de ellas son las mismas que cuando están en otras unidades por ejemplo cuando se ayuda al aseo de los pacientes que no pueden hacerlo por ellos solos otra mitad comunicaciones verbales y documentos y objetos etcétera, como podemos ver muchas de las funciones son las mismas y otras de ellas son también las mismas pero en las que tenemos que hacer un mayor hincapié y un mayor esfuerzo, como por ejemplo una de ellas es la vigilancia de la puerta, en la puerta de la unidad psiquiatría hay que controlar todas las entradas y salidas no dejando ni entrar ni salir a personas no autorizadas y que las personas autorizadas no introduzcan ni comidas, ni bebidas, ni objetos, ni tabaco, ni alcohol etc, ya que todo lo que introduzcan puede ser perjudicial para estos pacientes.

Increíble otra de las funciones del celador de la unidad de psiquiatría es acompañar a los pacientes junto al personal sanitario a los paseos por el exterior del recinto hospitalario, ya que como podemos ver el celador solo acompañará a los paseos en pacientes con problemas en la salud mental.

Otra de las funciones que realiza el celador en la unidad de psiquiatría es controlar el suministro de trabajo a los pacientes que tienen permiso fumar en su tratamiento, el celador guardará el tabaco a estos pacientes y se los suministrará con las indicaciones del médico.

El senador también ayudará en la contención mecánica de los pacientes agitados siempre y cuando esta contención mecánica haya sido estipulada por el médico. Como podemos ver el celador en la unidad psiquiatría tiene todas las funciones de otra unidad y otras específicas de esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en todas las unidades es necesario trabajar en equipo, pero en la unidad de psiquiatría con mayor motivo se trabaja en equipo, ya que tenemos que entender que son personas enfermas y que muchas veces son agresivos con otras personas y con ellos mismo. El celador en esta unidad tendrá que tener una gran experiencia, ya que en esta unidad se necesita de trabajadores con grandes cualidades para la movilización del paciente, vigilancia tanto del paciente como de salidas y entradas, etc.

En este servicio los celadores tendrán que ser muy pacientes con los pacientes y la familia por la situación que están viviendo.

6 Bibliografía

Temario oposición celador año 2019, academia Karva.

Fisiostar.com

Pubmed

Medline

Scielo

Capítulo 695

LAS HABILIDADES BLANDAS O “SOFT SKILLS” EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

MARÍA DEL CARMEN FERNANDEZ ALVAREZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las habilidades blandas o “soft skills” se pueden definir como aquellas aptitudes complementarias e indiscutiblemente necesarias para que, junto que a aquellos conocimientos obtenidos en el curso de la formación académica, ayude a mejorar el resultado final del trabajo realizado.

El concepto de habilidades blandas sería comparable con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud de habilidades para la vida, que lo define como “un conjunto de habilidades socio-afectivas que son necesarias para la interacción con otros y que hacen posible enfrentarse a demandas cotidianas y situaciones desafiantes”.

Así consideramos “soft skills” una comunicación asertiva, la empatía, la habilidad para resolver problemas y conflictos, el control de las emociones y la capacidad de asumir consecuencias de los actos, entre otras; todas ellas son habilidades aprendidas durante la vida y que son rasgos de la personalidad.

En el ámbito de la salud, estas habilidades resultan imprescindibles y fundamentales para todo aquel personal implicado y están fuertemente ligadas a un cambio

del modelo de asistencia, que con el paso de los años ha visto como la implicación del paciente en su proceso asistencial ha aumentado, pasando de ser un mero espectador a una parte activa de dicho proceso, demandando cada vez más información, siendo las llamadas habilidades blandas las que permitirán contar con equipos de personas cada vez más completos y comprometidos que sean capaces de afrontar esta nueva realidad.

2 Objetivos

- Definir qué son las habilidades blandas o “soft skills”.
- Mostrar la importancia de estas habilidades en el trabajo del 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 artículos en las principales bases de datos: Elsevier, Slideshare y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las habilidades duras o “hard skills” son todos aquellos conocimientos que se pueden adquirir durante la etapa formativa, tanto en los centros de formación como ya en el puesto de trabajo. Estas cualidades son cuantificables y pueden ser demostradas mediante certificaciones.

Las habilidades blandas o “soft skills” hacen referencia a las cualidades de relacionarse con otras personas y a la inteligencia emocional.

Estas últimas pueden agruparse en:

1. Habilidades interpersonales: entre ellas se pueden destacar seis habilidades:
 - La comunicación asertiva, efectiva o eficaz, se trata de una forma de comunicación retroactiva y con escucha activa
 - La negociación, se trata de un medio para la resolución de conflictos y solución de diferencias
 - La confianza interpersonal, se define como la aceptación de las conductas de los demás, las cuales se espera que sean conductas positivas y coherentes por los intereses comunes

- La cooperación, que tiene como objeto cumplir de forma organizada con los objetivos comunes y compartidos
- La confianza, en la que se antepone los intereses y crecimiento común al propio, alejándonos del egoísmo
- La empatía, definida como la habilidad para comprender los sentimientos y emociones de los demás

2. Habilidades cognitivas: se resaltan cinco habilidades:

- Solución de problemas, destreza para comprender y solucionar tareas, que incluye la evaluación de alternativas al problema y la selección de las posibles soluciones más viables
- Pensamiento crítico, es la capacidad para procesar la información disponible con el objeto de tomar la mejor decisión, permitiendo pensar de forma autodisciplinada, y pensando de manera diversa
- Toma de decisiones, se refiere a la forma eficaz y constructiva de las acciones frente a diferentes situaciones. Dentro de la toma de decisiones se incluye supervisar, evaluar y controlar la conducta
- Autoevaluación, permite evaluar el trabajo y desempeño, permitiendo poner en marcha estrategias de mejora en los resultados obtenidos
- Habilidad para el análisis y comprensión de las consecuencias, esta ayuda a la solución de los problemas o toma de decisiones, valorando las alternativas para ello, y considerando los efectos de esto en función del tiempo y de los plazos para su ejecución, de las consecuencias y de las responsabilidades a asumir, así como de la aceptación de la decisión.

3. Habilidades para el manejo emocional:

Hace referencia al control de las emociones, de la adquisición de las destrezas para conseguir procesar conscientemente las emociones, aceptarlas, enfrentarlas y superarlas.

Así pues, en el ámbito sanitario se pueden destacar el desarrollo de habilidades blandas tales como el trabajo en equipo, la adaptabilidad ante distintas situaciones de estrés, poseer una actitud positiva, poseer un buen nivel de comunicación entre profesionales y con los pacientes: todas ellas hacen que el profesional sanitario sea un trabajador productivo y valorado.

5 Discusión-Conclusión

Con más asiduidad, se consta que las habilidades blandas se hacen más necesarias en el mundo sanitario, ya que estas competencias no técnicas, como la empatía, la comunicación, la asertividad, etc., son cualidades que no se aprenden durante

la formación académica, sino que son cualidades que requieren una práctica y evolución constante y diaria que las hace mejorar; así, están relacionadas con la forma en que se interactúa, se comunica o se relaciona con los demás, en las distintas situaciones que se dan en el entorno laboral.

Por este motivo, tienen un papel fundamental en el ámbito de la salud, tanto en el trato con pacientes y sus familiares como con el resto de personal del entorno laboral.

El mayor éxito a largo plazo en el trabajo se debe a las habilidades blandas de los individuos y no solo a los conocimientos técnicos. Esto se debe a que las habilidades para gestionar el tiempo, el manejo del estrés, la comunicación y empatía con el paciente y la solución de conflictos, entre otras, son más importantes y resuelven más problemas en el día a día que todos los conocimientos técnicos que el personal sanitario haya adquirido durante su formación

Durante la vida laboral del personal sanitario se debería seguir actualizando y mejorando las habilidades blandas, ya que esto repercute en una mejora en la atención al paciente y sus familiares, que reciben un mejor trato y comprenden mejor a los profesionales; así como las relaciones laborales, mejorando el trabajo en equipo del personal

6 Bibliografía

1. De la Ossa V, Jaime. Habilidades blandas y ciencia. rev. colombiana cienc. anim. Recia [online]. 2022, vol.14, n.1.
2. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e147.
3. Serrano Mantilla, Héctor Bladimir y Gonzalo Lenin. Neurocoaching una estrategia para el desarrollo de las habilidades blandas. Investigación y Negocios [online]. 2021, vol.14, n.24 pp.53-59.
4. Cadillo Leiva, Gianira Suleima, Valentin Centeno, Lissette Mercedes, Huairé Inacio, Edson Jorge. Género y desarrollo de habilidades blandas en el ámbito educativo durante la pandemia por COVID-19. Revista ConCiencia EPG, 7(2): 1-15, Julio-Diciembre 2022.
5. Urbina-Soto M. Habilidades blandas en Ciencias de la salud. Rev Hisp Cienc Salud. 2019; 5(4): 125-126.
6. Aroni Marcani, Milagros; Peña Huaman, Xiomara Habilidades blandas y su influencia en el desempeño laboral en trabajadores de la red de salud Abancay, 2022. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7704>

<http://hdl.handle.net/20.500.12952/7704>.

Capítulo 696

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

1 Introducción

La consulta hospitalaria de oftalmología es un servicio médico especializado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades oculares. Este tipo de consulta es esencial para mantener una buena salud visual y abordar una amplia gama de afecciones oftalmológicas.

En una consulta oftalmológica, el paciente suele ser evaluado por un oftalmólogo, un médico especializado en el cuidado de los ojos. El proceso comienza con una revisión de antecedentes médicos y síntomas visuales. Luego, se realizan pruebas de agudeza visual y evaluaciones de la salud ocular, que pueden incluir la medición de la presión intraocular para detectar el glaucoma.

Uno de los aspectos clave de una consulta oftalmológica es la exploración del fondo de ojo, que permite al médico examinar la retina y detectar posibles problemas, como la retinopatía diabética o el desprendimiento de retina. Además, se pueden realizar pruebas adicionales, como la refracción, para determinar si se necesita corrección visual, como gafas o lentes de contacto.

El oftalmólogo también puede diagnosticar y tratar diversas afecciones oculares, como cataratas, ojo seco, conjuntivitis, y enfermedades degenerativas de la retina. En casos más graves, puede ser necesario realizar cirugía oftalmológica, como la cirugía de cataratas o corrección de estrabismo.

La consulta hospitalaria de oftalmología desempeña un papel crucial en el cuidado de la salud ocular, permitiendo el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de diversas afecciones oculares, lo que contribuye a mantener una visión saludable a lo largo de la vida.

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 como Pubmed, Scielo y Medline que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en las consultas externas de oftalmología, contribuyendo al funcionamiento eficiente de este entorno médico y al bienestar de los pacientes. Sus responsabilidades abarcan una variedad de tareas esenciales para garantizar un flujo de trabajo sin problemas y la atención adecuada de los pacientes oftalmológicos.

Recepción y orientación: El celador recibe a los pacientes en la sala de espera,

los saluda y les proporciona información sobre el proceso de registro y espera. Deben ser amables y serviciales para tranquilizar a los pacientes y sus familias.

Gestión de la sala de espera: Mantienen la sala de espera organizada, asegurándose de que los pacientes sean llamados en el orden correcto y evitando aglomeraciones. También pueden ayudar a personas con movilidad reducida a encontrar asientos adecuados.

Acompañamiento: Los pacientes que requieren movilidad asistida, como sillas de ruedas o camillas, pueden ser asistidos por el celador para trasladarse de la sala de espera a la consulta y viceversa.

Preparación de consultorios: Antes de la llegada de los pacientes, el celador se encarga de asegurarse de que los consultorios estén limpios y equipados con los suministros necesarios para el examen oftalmológico.

Colaboración en procedimientos: Durante los procedimientos oftalmológicos, el celador puede ser requerido para asistir al oftalmólogo, proporcionando instrumentos o ayudando al paciente a mantener una posición adecuada.

Seguridad: Garantizan la seguridad de los pacientes en el área de consulta, evitando caídas o accidentes, y están preparados para actuar en situaciones de emergencia.

Transporte interno: Si es necesario, el celador puede encargarse de llevar a los pacientes a otras áreas del hospital, como el laboratorio para análisis de sangre o al quirófano en caso de cirugía oftalmológica.

Comunicación: Mantienen una comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería para coordinar la atención de los pacientes y asegurar que se sigan los procedimientos adecuados.

Atención al paciente: Escuchan las necesidades y preocupaciones de los pacientes, brindando apoyo emocional cuando sea necesario y respondiendo a sus preguntas sobre el proceso de atención oftalmológica.

El celador desempeña un rol multifacético en las consultas externas de oftalmología, contribuyendo a la atención eficiente y el bienestar de los pacientes. Su presencia y diligencia son esenciales para garantizar un entorno de atención médica óptimo y seguro.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal para un buen funcionamiento de las consultas externas de oftalmología es mantener una comunicación fluida y eficaz entre todo el personal de atención médica. La coordinación y colaboración entre el celador, el oftalmólogo, las enfermeras y el personal administrativo son esenciales para garantizar una atención de calidad.

En primer lugar, el celador debe estar atento a las necesidades cambiantes de los pacientes y comunicar cualquier problema o retraso al equipo médico de manera inmediata. Asimismo, es crucial compartir información relevante sobre la disponibilidad de consultorios, el estado de los equipos médicos y cualquier cambio en el horario de citas. Esta comunicación efectiva contribuirá a una atención más eficiente, reducirá los tiempos de espera y mejorará la experiencia global de los pacientes en la consulta oftalmológica.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu.com
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 697

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON EL PACIENTE

MARINA GUERRERO GARCIA

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

1 Introducción

Las habilidades de comunicación del auxiliar administrativo con el paciente son fundamentales para establecer una relación de confianza y seguridad en el ámbito sanitario. A continuación, se presentan algunas habilidades que pueden ayudar a mejorar la comunicación con el paciente:

- Escuchar activamente al paciente, prestando atención a sus necesidades y preocupaciones.

Adaptar el lenguaje a cada entorno, utilizando un lenguaje claro y sencillo que el paciente pueda entender.

- Mostrar empatía y respeto hacia el paciente, mostrando interés en la conversación y contacto visual.

- Ser amable y cordial con el paciente, utilizando un buen tono de voz.

-Utilizar gestos y expresiones faciales para transmitir empatía y comprensión al paciente.

Es importante que los auxiliares administrativos adquieran habilidades sociales comunicativas para ofrecer una mejor asistencia al paciente y mejorar en la realización de sus labores profesionales. Además, deben tener en cuenta una serie de normas para mejorar la comunicación en el ámbito sanitario.

Se utilizan diferentes tipos de comunicación para establecer una relación de confianza y seguridad con el paciente. Los siguientes son diferentes tipos de comunicación que se utilizan:

Comunicación verbal: Es la comunicación que se establece a través de las palabras habladas o escritas. Los auxiliares administrativos utilizan la comunicación verbal para transmitir información al paciente, explicar procedimientos o responder preguntas

Comunicación no verbal: Es la comunicación que se establece a través de gestos, expresiones faciales, posturas corporales y contacto visual. Los auxiliares administrativos utilizan la comunicación no verbal para transmitir empatía y comprensión al paciente

Comunicación escrita: Es la comunicación que se establece a través de la escritura. Los auxiliares administrativos utilizan la comunicación escrita para registrar información del paciente, como citas, historias clínicas, informes médicos, entre otros

Comunicación telefónica: Es la comunicación que se establece a través del teléfono. Los auxiliares administrativos utilizan la comunicación telefónica para programar citas, responder preguntas y brindar información al paciente.

Las principales habilidades comunicativas que debe tener un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario son :

-Escucha activa: El auxiliar administrativo debe prestar atención a las necesidades y preocupaciones del paciente, demostrando interés en la conversación y contacto visual

-Adaptación del lenguaje: El auxiliar administrativo debe utilizar un lenguaje claro y sencillo que el paciente pueda entender, adaptando su lenguaje a cada entorno

-Empatía y respeto: El auxiliar administrativo debe tratar al paciente con respeto y empatía, mostrando comprensión y apoyo en todo momento

-Amabilidad y cordialidad: El auxiliar administrativo debe ser amable y cordial con el paciente, utilizando un buen tono de voz y mostrando una actitud positiva

- Comunicación no verbal: El auxiliar administrativo debe utilizar gestos y expresiones faciales para transmitir empatía y comprensión al paciente.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de las habilidades comunicativas del auxiliar administrativo con el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe usar habilidades de comunicación interpersonal:

Escucha activa: Es importante escuchar atentamente al interlocutor para identificar las necesidades y preocupaciones que puedan estar generando el conflicto.

Comunicación efectiva: Es necesario comunicarse de manera clara y efectiva para evitar malentendidos y asegurarse de que el mensaje se ha entendido correctamente.

Empatía: La empatía es fundamental para comprender las emociones y necesidades del interlocutor, lo que puede ayudar a resolver el conflicto de manera efectiva.

Reconocimiento de sentimientos: Es importante reconocer y valorar los sentimientos, intereses, necesidades y valores propios y de los otros para comprender mejor el conflicto.

Colaboración: La colaboración es esencial para encontrar soluciones que satisfagan las necesidades y preocupaciones de ambas partes involucradas en el conflicto.

Para situaciones de alta tensión en la comunicación entre auxiliar administrativo y paciente, se deben seguir los siguientes pasos:

- Escuchar activamente: Es necesario escuchar atentamente al interlocutor para identificar las necesidades y preocupaciones que puedan estar generando la tensión

- Hacer preguntas abiertas: Se pueden hacer preguntas abiertas para aclarar cualquier duda o malentendido que pueda surgir durante la conversación.

-Repetir y resumir: Se puede repetir y resumir lo que el interlocutor ha dicho para asegurarse de que se ha entendido correctamente.

-Mostrar empatía: Es importante mostrar empatía hacia el interlocutor, reconociendo sus emociones y necesidades.

Enfocarse en soluciones: Es necesario enfocarse en encontrar soluciones que satisfagan las necesidades y preocupaciones de ambas partes involucradas en la tensión.

Mantener la calma: Es importante mantener la calma y evitar reacciones impulsivas que puedan empeorar la situación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión obtengo estos aspectos, que son los más favorecedores en el momento de la atención del auxiliar administrativo con el paciente.

Hablar con claridad: Es importante que el auxiliar administrativo hable con claridad y en un tono de voz adecuado para que el paciente pueda entender lo que se está diciendo

Evitar hablar demasiado rápido: El auxiliar administrativo debe evitar hablar demasiado rápido para que el paciente pueda seguir la conversación sin dificultad

Evitar hablar demasiado alto: El auxiliar administrativo debe evitar hablar demasiado alto para no incomodar al paciente

Mostrar interés en la conversación: Es importante que el auxiliar administrativo muestre interés en la conversación y mantenga contacto visual con el paciente

Practicar la relajación: El auxiliar administrativo puede practicar técnicas de relajación para mantener un tono de voz calmado y relajado

6 Bibliografía

1. Libro habilidades comunicativas del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, autora Yolanda Naveiras Martinez.

2. Habilidades y funciones del personal administrativo en ámbito sanitario – Ocronos – Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).

3. Importancia de la comunicación asertiva en el desempeño de las funciones del auxiliar administrativo del ámbito sanitario – Ocronos – Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).

Capítulo 698

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CATARATAS

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

1 Introducción

La intervención quirúrgica de cataratas es un procedimiento médico común y efectivo utilizado para tratar la opacidad del cristalino del ojo, conocida como catarata. Esta condición puede causar visión borrosa, dificultad para ver con poca luz y otros problemas visuales. La cirugía de cataratas se realiza de manera ambulatoria y generalmente dura unos 15-30 minutos.

Durante la cirugía, se realiza una pequeña incisión en el ojo y se elimina el cristalino opaco. Luego, se implanta una lente intraocular artificial para restaurar la visión. El procedimiento es seguro y suele tener una recuperación rápida. Los pacientes pueden notar mejoras inmediatas en su visión después de la cirugía.

Los riesgos de la cirugía de cataratas son bajos, pero pueden incluir infecciones, inflamación o hinchazón. Es esencial seguir las recomendaciones postoperatorias, como el uso de gotas oculares y la protección ocular.

La cirugía de cataratas es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en el mundo, y su tasa de éxito es alta. Muchas personas pueden volver a realizar sus actividades diarias normales después de la cirugía y experimentar una mejora significativa en su calidad de vida al recuperar una visión clara y nítida. Si experimenta síntomas de cataratas, consulte a un oftalmólogo para discutir si la cirugía de cataratas es adecuada para usted.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel esencial en el equipo de atención médica durante la intervención quirúrgica de cataratas. Sus funciones son fundamentales para garantizar un entorno seguro y eficiente en el quirófano. Aquí se describen sus responsabilidades en detalle:

Preparación del quirófano: Antes de la cirugía, el celador se encarga de preparar la sala de operaciones. Esto incluye la limpieza y esterilización de equipos, instrumentos y superficies, garantizando que todo esté listo para el procedimiento.

Traslado del paciente: El celador se encarga de trasladar al paciente de su habitación o sala de espera al quirófano. Es crucial manejar al paciente con cuidado y empatía, ya que es un momento de ansiedad para él.

Asistencia al equipo médico: Una vez en el quirófano, el celador colabora con el equipo médico en la preparación del paciente. Esto puede incluir la colocación de la bata quirúrgica y la preparación del área ocular, como la desinfección del ojo.

Apoyo durante la cirugía: Durante la cirugía de cataratas, el celador permanece en la sala para asistir al equipo. Esto puede implicar la entrega de instrumentos o suministros adicionales, ajustar la iluminación o ayudar en cualquier necesidad logística que surja.

Garantizar la asepsia: Mantener la asepsia es esencial en el quirófano. El celador debe estar atento para prevenir cualquier contaminación y asegurarse de que se sigan los protocolos de esterilización.

Comunicación con la familia: En algunos casos, el celador también puede ser el encargado de mantener a la familia informada sobre el progreso de la cirugía y proporcionarles tranquilidad durante la espera.

Traslado postoperatorio: Después de la cirugía, el celador traslada al paciente de regreso a su área de recuperación o habitación. Nuevamente, se requiere cuidado y atención para garantizar la comodidad del paciente.

Limpieza postoperatoria: Una vez que el paciente ha sido trasladado de vuelta, el celador contribuye en la limpieza y desinfección del quirófano para prepararlo para futuras cirugías.

El celador desempeña un papel fundamental en la logística y la atención al paciente durante la intervención quirúrgica de cataratas. Su trabajo contribuye al éxito del procedimiento y al bienestar general del paciente, brindando apoyo continuo y asegurando un entorno seguro y estéril en el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador en la intervención quirúrgica de cataratas es mantener una atención constante a la seguridad y el bienestar del paciente. Esto implica estar atento a cada detalle, desde el traslado del paciente al quirófano hasta su retorno a la sala de recuperación.

Es fundamental seguir rigurosamente los protocolos de asepsia y esterilización para prevenir infecciones y complicaciones. Además, el celador debe ser una

fuentes de apoyo emocional para el paciente, que a menudo se siente ansioso en un entorno quirúrgico.

La comunicación efectiva con el equipo médico y la familia del paciente es esencial para garantizar una cirugía sin problemas. En resumen, la recomendación principal es ser un miembro comprometido, atento y compasivo del equipo de atención médica, priorizando siempre la seguridad y el confort del paciente durante todo el proceso quirúrgico de cataratas.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 699

EL CELADOR ANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ADENOCARCINOMA DE PIEL

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

1 Introducción

El adenocarcinoma de piel es un tipo raro de cáncer de piel que se origina en las glándulas sudoríparas o sebáceas de la piel. A diferencia de los cánceres de piel más comunes, como el carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas, que se desarrollan a partir de células de la epidermis, el adenocarcinoma se origina en las células glandulares de la piel.

Los síntomas pueden variar, pero a menudo se manifiestan como una protuberancia, nódulo o lesión en la piel que puede ser dolorosa o sangrar. Debido a su rareza, el diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales.

El diagnóstico generalmente implica una biopsia de la lesión cutánea y pruebas adicionales para determinar la extensión del cáncer. El tratamiento puede

incluir cirugía para extirpar la lesión cancerosa, radioterapia y, en algunos casos, quimioterapia. La elección del tratamiento depende de la etapa del adenocarcinoma y de la salud general del paciente.

La prevención del adenocarcinoma de piel implica proteger la piel de la exposición excesiva al sol y a productos químicos dañinos. El uso de protector solar, ropa protectora y evitar el bronceado artificial son medidas clave.

Dado que el adenocarcinoma de piel es poco común y puede tener diferentes características clínicas, es esencial buscar atención médica si se detecta cualquier cambio inusual en la piel. El pronóstico varía según la etapa en la que se diagnostica, por lo que la detección temprana y el tratamiento son cruciales para una recuperación exitosa.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en la intervención quirúrgica por adenocarcinoma de piel, asegurando que el proceso se lleve a cabo de manera segura y eficiente. Sus funciones específicas incluyen:

Preparación del quirófano: Antes de la cirugía, el celador colabora en la preparación del quirófano. Esto implica garantizar que todos los instrumentos y equipos necesarios estén en su lugar y esterilizados adecuadamente. La asepsia es crucial para prevenir infecciones.

Recepción del paciente: El celador recibe al paciente en la sala de espera quirúrgica y lo traslada al quirófano. En esta etapa, es fundamental brindar apoyo emocional y físico al paciente, ya que puede estar ansioso o preocupado.

Asistencia al equipo médico: Durante la cirugía, el celador está presente en el quirófano para asistir al equipo médico. Esto puede incluir la entrega de instrumentos, suministros o medicamentos según sea necesario, así como ajustar la iluminación o mantener la asepsia.

Seguridad y confort del paciente: El celador se asegura de que el paciente esté posicionado de manera cómoda y segura en la mesa de operaciones. También puede estar encargado de posicionar las luces quirúrgicas y el equipo de monitoreo para garantizar la visión adecuada y la supervisión del paciente durante la cirugía.

Comunicación con la familia: En algunos casos, el celador puede ser el enlace entre la familia del paciente y el equipo médico, proporcionando actualizaciones sobre el progreso de la cirugía y brindando tranquilidad.

Traslado postoperatorio: Después de la cirugía, el celador traslada al paciente a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados postoperatorios, manteniendo la comodidad y seguridad del paciente en todo momento.

Limpieza y organización postoperatoria: Una vez que el paciente ha sido trasladado, el celador colabora en la limpieza y desinfección del quirófano, asegurando que todo quede en orden para futuras intervenciones.

El celador en la intervención por adenocarcinoma de piel desempeña un papel clave en la logística, la seguridad y el bienestar del paciente. Su apoyo constante al equipo médico y su atención al detalle son esenciales para garantizar que la cirugía se realice de manera efectiva y que el paciente reciba la atención necesaria antes, durante y después del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador para un buen funcionamiento del quirófano en una intervención por adenocarcinoma de piel es mantener la precisión, la asepsia y la comunicación efectiva en todo momento. Esto implica:

Riguroso cumplimiento de protocolos: Asegurarse de que todos los instrumentos,

equipos y suministros estén en su lugar y esterilizados adecuadamente antes de la cirugía.

Cuidado y empatía con el paciente: Brindar apoyo emocional y físico al paciente durante todo el proceso, desde su llegada hasta su traslado postoperatorio, garantizando su comodidad y tranquilidad.

Comunicación con el equipo: Mantener una comunicación clara y constante con el equipo médico para asegurarse de que todos estén sincronizados y trabajando en conjunto de manera eficiente.

Mantener la asepsia: Vigilar la limpieza y la esterilización del quirófano en todo momento para prevenir infecciones.

Seguridad: Velar por la seguridad del paciente y el equipo médico, ajustando las luces y el equipo según sea necesario.

Organización postoperatoria: Ayudar en la limpieza y organización del quirófano después de la cirugía, preparándolo para futuros procedimientos.

Al seguir estas recomendaciones, el celador contribuirá significativamente al éxito de la intervención por adenocarcinoma de piel y al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 700

TAREAS DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA

JUSTO CANALES BARTOLOME

ANTONIO HERVÁS GARCÍA

MARIA ANGELES MOLINA GARCÍA

FRANCISCO JONATAN GARCESO GRUESO

JUAN CARLOS PÉREZ SELVA

1 Introducción

El área de planta de psiquiatría hospitalaria es una sección de un hospital diseñada específicamente para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con trastornos mentales y emocionales graves. Esta área tiene como objetivo proporcionar un entorno seguro y terapéutico donde los pacientes puedan recibir atención médica especializada, rehabilitación y apoyo emocional.

Las características principales de un área de planta de psiquiatría hospitalaria incluyen:

Unidades de internación: Estas unidades son parte integral del área de planta y proporcionan camas y habitaciones donde los pacientes pueden recibir tratamiento y cuidados médicos las 24 horas del día. El diseño de las habitaciones

se adapta para garantizar la seguridad de los pacientes, evitando riesgos de autolesiones o lesiones a otros.

Personal especializado: Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud mental trabaja en estas áreas, incluyendo psiquiatras, psicólogos, enfermeros especializados en salud mental, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Su enfoque es proporcionar evaluaciones completas y terapias especializadas.

Terapia y actividades terapéuticas: Los pacientes en el área de planta de psiquiatría hospitalaria participan en terapias individuales y grupales, así como en actividades terapéuticas diseñadas para ayudar en la recuperación y el manejo de sus trastornos mentales. Estas actividades pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de arte o música, ejercicio físico supervisado y más.

Seguridad y protección: Debido a la naturaleza de los trastornos mentales, la seguridad es una preocupación principal. Las áreas de planta están diseñadas para evitar que los pacientes se hagan daño a sí mismos o a otros, y el personal está capacitado para manejar situaciones de crisis de manera segura.

Planes de alta y seguimiento: El área de planta también se encarga de planificar la transición de los pacientes de vuelta a la comunidad. Esto puede incluir la coordinación de cuidados posteriores y el seguimiento ambulatorio para asegurarse de que los pacientes continúen su recuperación después del alta hospitalaria.

El área de planta de psiquiatría hospitalaria es un componente vital de un hospital que brinda atención especializada y compasiva a personas con trastornos mentales graves, contribuyendo a su estabilización y recuperación en un entorno seguro y terapéutico.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa

literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador en una planta de psiquiatría desempeña un papel crucial para garantizar la seguridad, el bienestar y el funcionamiento adecuado de la unidad. Aunque sus funciones pueden variar según el hospital y la planta, aquí se describen las tareas más comunes:

Recepción y traslado de pacientes: El celador es responsable de recibir a los pacientes en la unidad de psiquiatría y ayudar en su ingreso. Esto incluye proporcionar orientación sobre las normas y procedimientos de la unidad y trasladar a los pacientes a sus habitaciones o áreas designadas.

Vigilancia: El celador debe estar atento a la seguridad en la planta. Esto implica mantener una supervisión constante de los pacientes para prevenir situaciones de riesgo, como intentos de autolesiones o agresiones a otros pacientes.

Acompañamiento: En algunos casos, el celador puede ser asignado para acompañar a los pacientes durante sus actividades diarias en la unidad, como caminar por el pasillo o participar en terapias grupales. Esto ayuda a garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

Apoyo al personal: El celador colabora con el personal de enfermería y los terapeutas en la ejecución de las terapias y actividades programadas. Puede ser necesario asistir en la preparación de materiales o en la organización de sesiones terapéuticas.

Manejo de situaciones de crisis: El celador recibe capacitación en la gestión de situaciones de crisis y en la contención física si es necesario. Debe estar preparado para actuar en momentos de agitación o comportamiento agresivo de los pacientes, siempre priorizando la seguridad.

Transporte de pacientes: En ocasiones, es necesario trasladar a los pacientes a otras áreas del hospital para pruebas médicas o evaluaciones. El celador se encarga de esta tarea, asegurando que los pacientes estén seguros y cómodos durante el proceso.

Mantenimiento del entorno: El celador contribuye a mantener un entorno limpio

y ordenado en la planta de psiquiatría. Esto incluye la limpieza de áreas comunes y la disposición adecuada de los materiales utilizados en las terapias.

Colaboración en emergencias: En caso de emergencias médicas o de seguridad en la unidad, el celador puede ser llamado para ayudar en la respuesta inicial, como notificar al personal médico o llamar al equipo de seguridad del hospital.

El celador en una planta de psiquiatría juega un papel esencial en la atención de pacientes con trastornos mentales, garantizando su seguridad y bienestar, así como apoyando al personal de salud en la ejecución de las terapias y actividades terapéuticas. Su capacitación y habilidades son fundamentales para el funcionamiento adecuado de la unidad y la atención de calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación principal del celador para el buen funcionamiento de la planta de psiquiatría hospitalaria es mantener una actitud empática, respetuosa y de apoyo hacia los pacientes. Esto implica escuchar activamente sus necesidades, brindarles comodidad y comprensión, y fomentar un ambiente de confianza. La empatía y el respeto contribuyen significativamente a reducir la ansiedad y el estrés de los pacientes, lo que puede mejorar su participación en el tratamiento y su recuperación. Además, es esencial trabajar en colaboración con el personal médico y de enfermería, siguiendo los protocolos de seguridad y comunicando cualquier cambio en el estado de los pacientes de manera oportuna. Al mantener un enfoque centrado en el paciente y promover un entorno de cuidado y apoyo, el celador desempeña un papel crucial en el funcionamiento efectivo de la planta de psiquiatría hospitalaria y en la calidad de la atención proporcionada.

6 Bibliografía

Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.

Capítulo 701

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

ANA SONIA FERNÁNDEZ MOLPECERES

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en el servicio de endoscopias, un entorno médico especializado donde se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizando endoscopios. Estos procedimientos pueden incluir la visualización interna de órganos como el tracto gastrointestinal, el sistema respiratorio o el sistema urogenital.

En esta introducción, exploraremos las funciones clave que desempeña un Técnico en el servicio de endoscopias, destacando su papel en el cuidado de los pacientes y en la asistencia a los profesionales de la salud durante estos procedimientos. Además, se discutirá la importancia de la colaboración y la coordinación en este entorno especializado, donde la seguridad del paciente y la precisión son fundamentales.

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de endoscopias desempeñan un papel crucial en la atención al paciente, el mantenimiento de equipos médicos y la asistencia durante los procedimientos endoscópicos. A lo largo de esta exploración, se detallarán estas funciones y se destacará su importancia en el proceso de diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales y otras afecciones médicas.

El número de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en un servicio de endoscopia puede variar según varios factores, incluido el tamaño de la instalación médica, la cantidad de procedimientos de endoscopia que se realizan, la política de personal del hospital y la demanda de pacientes. No hay un número específico estandarizado de TCAE asignados a un servicio de endoscopia, ya que puede variar significativamente de un lugar a otro.

2 Objetivos

- Explicar las funciones y la asistencia específica que un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede brindar durante un procedimiento de endoscopia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo, Pubmed y el buscador de Google académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de endoscopia.

4 Resultados

La asistencia de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante un procedimiento de endoscopia es esencial para garantizar que el procedimiento se realice de manera segura y eficaz. A continuación, se describen las funciones y la asistencia específica que un Técnico puede brindar durante un procedimiento de endoscopia:

Preparación del paciente: Antes del procedimiento, el Técnico ayuda a preparar al paciente. Esto puede incluir explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y proporcionar apoyo emocional para reducir la ansiedad. También puede ayudar al paciente a cambiar de ropa y asegurarse de que siga las pautas preoperatorias, como la restricción de alimentos y líquidos antes del procedimiento.

Preparación de la sala de procedimientos: El Técnico se encarga de preparar la sala de procedimientos. Esto implica asegurarse de que todos los equipos y suministros necesarios estén listos y en buenas condiciones de funcionamiento. También puede ayudar a configurar el endoscopio y otros dispositivos necesarios.

Asistencia al médico endoscopista: Durante el procedimiento de endoscopia, el TCAE colabora de cerca con el médico endoscopista. Sus responsabilidades pueden incluir:

- Pasar instrumentos y equipos al médico según sea necesario.
- Ayudar a mantener una visión clara en la pantalla del endoscopio mediante la succión o la irrigación de fluidos.
- Registrar datos relevantes, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca del paciente, y comunicar cualquier cambio al equipo médico.
- Brindar apoyo adicional al médico según sea necesario, como estabilizar el endoscopio o ajustar el equipo.
- Cuidado y comodidad del paciente: Durante el procedimiento, se asegura de que el paciente esté cómodo y bien atendido. Esto puede incluir ajustar la posición del paciente si es necesario, proporcionar mantas o almohadas, y estar atento a cualquier señal de incomodidad o angustia.
- Manejo de emergencias: En caso de complicaciones durante el procedimiento, como una reacción adversa a la sedación o problemas respiratorios, el Técnico puede colaborar en la respuesta inicial, ayudando a estabilizar al paciente y comunicando de inmediato al equipo médico.
- Registro y documentación: Después del procedimiento, el Técnico registra datos relevantes, como la duración del procedimiento, las dosis de medicamentos administrados y cualquier observación importante. Esto es esencial para el seguimiento del paciente y la documentación adecuada del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en el servicio de endoscopias al brindar apoyo esencial tanto a los pacientes como al personal médico. Sus funciones son variadas y abarcan desde la preparación y asistencia durante el procedimiento hasta el cuidado posterior al mismo. Algunas de las funciones más destacadas incluyen la preparación del paciente, la colaboración cercana con el médico endoscopista, el mantenimiento de equipos y la documentación adecuada.

La asistencia de un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de

endoscopias es crucial para garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura, eficiente y con el mayor confort posible para los pacientes. Además, su capacidad para ofrecer apoyo emocional y comunicación efectiva con los pacientes contribuye significativamente a la experiencia del paciente en un entorno médico a menudo estresante.

6 Bibliografía

- Dialnet, Scielo, Pubmed

Capítulo 702

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS O PACIENTES

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

Una de las categorías profesionales con más personal contratado en centros hospitalarios, es la de Auxiliar Administrativo. Mayormente se encarga de la atención al usuario o paciente, tanto de forma telefónica como presencial o telemática y de tratar los datos que se manejan en el ámbito sanitario.

Además de una formación académica adecuada a la labor que realiza y su conocimiento de las aplicaciones y programas informáticos que debe utilizar, es obligación suya conocer las leyes que protegen la confidencialidad de la información a su alcance, la de tratamiento de datos pero también y muy importante, los derechos y deberes de los pacientes.

Las gerencias hospitalarias, sobre todo en la sanidad pública, no exigen que el trabajador disponga de estos conocimientos ni les forma en este sentido, pudiendo este llegar a cometer errores graves, de los que solo él es responsable.

El usuario o paciente en la mayoría de ocasiones, o bien desconoce sus derechos y obligaciones o cree tener solo derechos, demandando algunos que ni siquiera tiene.

Al ser el auxiliar administrativo, en la mayoría de los casos, la primera persona que atiende al usuario o paciente cuando se acude a recibir asistencia sanitaria, debe tener pleno conocimiento de todo esto.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretenden enumerar brevemente tanto los derechos como las obligaciones de los usuarios/pacientes en Castilla La Mancha, de los que los auxiliares administrativos que prestan sus servicios en centros hospitalarios, tienen que ser conocedores.

3 Metodología

Para el siguiente trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica del tema a tratar. Se han extraído los datos más importantes y se han desechado los menos relevantes mediante revisión y se ha llegado a su redacción, expuesta en el campo de Resultados.

4 Resultados

La (cito) "Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha", recoge los derechos y los deberes de los pacientes en el ámbito de la comunidad autónoma.

El derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos tanto sanitarios como genéticos y personales, están desarrollados en el Capítulo I de esta Ley.

En cuanto a recibir toda la información sanitaria por parte del paciente como derecho, viene recogida en el Capítulo II.

El Capítulo III expone el derecho del paciente a decidir sobre su salud mediante los consentimientos informados, la declaración de voluntades anticipadas, etc.

Capítulo IV: garantiza el tratamiento de los datos tanto sanitarios como personales, con total confidencialidad, respeto y protección.

Capítulo V: regula el derecho a la asistencia sanitaria, a la solicitud de segundas opiniones, a la libre elección de profesionales, a recibir medicación, etc.

En el Título II de esta Ley, se regulan las obligaciones de los pacientes como son el respeto al resto de usuarios, a los profesionales que realizan su labor en centros hospitalarios, tanto sanitarios como no sanitarios, su obligación de aportar todos los datos necesarios como síntomas, afecciones o enfermedades y todo lo concerniente a su salud para ser tratados de una forma adecuada; deberá respetar y tratar de una forma responsable los recursos, las instalaciones y el aparataje durante el recibimiento de la asistencia sanitaria, tanto si son individuales como si su uso es colectivo.

Es obligación del paciente, colaborar para prevenir enfermedades y contagios.

El declarar no ser conocedor de una ley, no exime de tenerla que cumplir y en el caso de los auxiliares administrativos, atentar contra los derechos de los pacientes o usuarios, conlleva consecuencias tanto en el ámbito laboral, como en el civil o incluso en el penal.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las gerencias hospitalarias no exigen que sus trabajadores conozcan los derechos y los deberes de los pacientes, todos los empleados tanto sanitarios como no sanitarios, son responsables en caso de incumplimiento de los derechos de los mismos, pudiendo ser sancionados según la ley.

Es por lo que el trabajador de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo que presta sus servicios en el sistema sanitario, debe ser conocedor tanto de los derechos como de los deberes de los usuarios o pacientes y de las consecuencias que puede acarrear vulnerar o atentar contra cualquiera de ellos.

El declarar no ser conocedor de una ley, no exime de su cumplimiento.

6 Bibliografía

https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131019/derechos_y_obligaciones.pdf
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-10666>

Capítulo 703

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: CONOCIMIENTOS

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

1 Introducción

Para una asistencia sanitaria correcta, en los centros hospitalarios prestan servicios unas categorías profesionales muy diversas. Unas están definidas como sanitarias y otras, como por ejemplo los celadores, los auxiliares administrativos, los profesionales de mantenimiento, limpieza, etc., como no sanitarias.

En trabajador de la categoría profesional de Auxiliar Administrativo hospitalario, es la que se encarga del trato con el usuario o paciente, tanto de forma presencial como telefónica o telemática.

Este empleado maneja grandes cantidades de información, tanto sanitaria como personal de todas y cada una de las personas que se encuentran dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por ejemplo cuando acudimos al servicio de Urgencias, este trabajador es el encargado de tomarnos los datos para nuestra identificación y de darnos paso a la asistencia sanitaria que demandamos.

En el caso del servicio de Atención al Paciente, es la persona que recoge las quejas, las dudas, las reclamaciones y las sugerencias de los usuarios. Es decir, es la cara visible de la gerencia y a la vez, el nexo entre esta y el paciente.

Ocupa un puesto de trabajo de vital importancia en el servicio sanitario y tiene que tener unos conocimientos y unas habilidades sociales que le ayuden a realizar su trabajo de una forma eficaz.

2 Objetivos

Con este capítulo se pretende dejar clara la importancia de los conocimientos que debe tener el Auxiliar Administrativo que realiza su labor en centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La categoría profesional no sanitaria de Auxiliar Administrativo que trabaja en centros hospitalarios, se ocupa de la atención al usuario o paciente en las tres diferentes formas: presencial, telefónica y telemática.

Para ello es importante tener habilidades sociales y contar con paciencia, empatía, respeto, educación y ser resolutivo a la hora de solucionar problemas.

Debe ser conocedor tanto de los programas o aplicaciones a utilizar en su puesto de trabajo, así como del uso de centralitas y otros dispositivos de comunicación internos o externos.

En ciertos puestos en los que se encarga de dar información, tiene que conocer las partes en las que se divide el centro en el que trabaja y cómo dirigir a los usuarios a cada punto exacto según el documento que les acompaña para la cita o prueba a realizar.

Tiene que comprender el funcionamiento de los centros hospitalarios, de las normas a seguir, de los derechos y deberes de los pacientes y de las leyes de protección y confidencialidad de los datos que maneja. En caso de faltar a alguna norma, ley u orden, el declarar no ser conocedor de las mismas no le exime de su responsabilidad.

Una parte importante de su trabajo es la de tratar datos, almacenarlos, actualizarlos y digitalizarlos y el hacerlo correctamente. Todos estos datos deben ser de fácil acceso para el personal sanitario a la hora de tratar con pacientes y en las investigaciones médicas.

En Admisión General se encarga de asignar camas a los pacientes que van a ser hospitalizados, siendo una labor de importancia extrema, ya que cada uno debe ir a un servicio de hospitalización de acuerdo a su dolencia y se debe realizar un control exhaustivo y continuo.

5 Discusión-Conclusión

Las gerencias hospitalarias se encargan de la contratación de profesionales de esta categoría, les asigna el puesto y el servicio donde van a realizar su labor, pero no se les forma ni informa de los programas, aplicaciones a utilizar, de los derechos y deberes de los pacientes o de la forma correcta en tratar los datos. En muchas ocasiones, son los mismos compañeros lo que se encargan de esa formación.

Pero en el caso de tratar de forma incorrecta los datos, conozca o no las leyes, es el responsable de sus acciones.

Es por lo que los auxiliares administrativos que trabajan en sanidad, deben formarse de forma voluntaria y fuera de su horario laboral, para poder realizar su trabajo de una forma segura y eficaz.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>
<https://www.formacioncarpediem.com/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario/>

Capítulo 704

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL ASEO DE LA CABEZA DEL PACIENTE

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

1 Introducción

El lavado de cabeza del paciente es un procedimiento médico que implica la limpieza y aseo de la cabeza de un individuo, ya sea en el entorno de atención médica o en situaciones de atención domiciliaria. Este proceso es fundamental para mantener la higiene y prevenir infecciones en el cuero cabelludo y el cabello del paciente, lo que puede ser especialmente importante en casos de pacientes hospitalizados, ancianos o aquellos con movilidad limitada.

El procedimiento de lavado de cabeza puede variar según las necesidades específicas del paciente y el entorno de atención. En general, implica el uso de agua tibia y un champú suave para eliminar la suciedad, el exceso de grasa y otros residuos del cuero cabelludo y el cabello. Es esencial tener cuidado de no dañar la piel sensible del paciente o causar molestias innecesarias durante el proceso.

Además de la limpieza, el lavado de cabeza también puede tener beneficios terapéuticos. En algunos casos, se pueden agregar productos medicinales al champú para tratar afecciones del cuero cabelludo, como la caspa o la psoriasis. También se puede utilizar para eliminar aquellos productos químicos o sustancias que son irritantes que hayan entrado en contacto con el cabello o el cuero cabelludo.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en el aseo de la cabeza del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel importante en el proceso de lavado de cabeza de un paciente encamado, ya que su labor es fundamental para garantizar la comodidad, seguridad y dignidad del paciente durante esta actividad. A continuación, se describen las funciones clave del celador en este contexto:

Preparación del entorno: Antes de iniciar el lavado de cabeza, el celador debe asegurarse de que el entorno esté limpio y ordenado. Esto incluye verificar que todos los suministros necesarios estén disponibles, como agua tibia, champú suave, toallas, recipientes, guantes y batas protectoras.

Comunicación con el paciente: El celador debe establecer una comunicación amable y empática con el paciente. Explicar el procedimiento con anticipación, obteniendo el consentimiento informado y respondiendo a las preguntas o preocupaciones del paciente para garantizar su tranquilidad.

Ayuda en la movilización: En algunos casos, el paciente puede necesitar ayuda para cambiar su posición y permitir el acceso adecuado al cabello. El celador debe

brindar apoyo para mover al paciente con cuidado y garantizar que esté cómodo.

Protección del paciente: Durante el lavado de cabeza, el celador debe asegurarse de que el paciente esté protegido de salpicaduras de agua y champú. Esto implica colocar una bata o toalla alrededor de los hombros y el cuello del paciente y asegurarse de que no se moje la ropa de cama.

Asistencia al personal de enfermería: El celador puede ser requerido para sostener la cabeza del paciente o proporcionar una posición adecuada mientras el personal de enfermería realiza el lavado de cabeza. Su colaboración es esencial para garantizar que el procedimiento se realice de manera eficiente y segura.

Mantenimiento de la privacidad y dignidad: El celador debe asegurarse de que se mantenga la privacidad del paciente en todo momento. Esto implica cerrar cortinas o puertas y evitar la exposición innecesaria. Además, se debe tratar al paciente con respeto y dignidad en todo momento.

Apoyo emocional: Algunos pacientes pueden sentirse incómodos o ansiosos durante el lavado de cabeza. El celador puede ofrecer apoyo emocional, hablar con el paciente de manera calmante y estar atento a cualquier señal de malestar.

Limpieza y organización posterior: Después del procedimiento, el celador debe ayudar en la limpieza y organización del entorno, asegurándose de que los suministros se retiren adecuadamente y de que el paciente esté cómodo y seco.

El celador desempeña un papel fundamental en el lavado de cabeza del paciente encamado al garantizar su comodidad, seguridad, privacidad y dignidad. Su colaboración con el personal de enfermería y su enfoque en el bienestar del paciente son esenciales para un procedimiento exitoso y humanizado.

5 Discusión-Conclusión

En la mejora del lavado de cabeza del paciente, se pueden llevar a cabo estudios futuros para optimizar este proceso. Algunas áreas de investigación incluyen:

Tecnología de baño sin agua: Se pueden investigar y desarrollar tecnologías que permitan un lavado de cabeza efectivo sin la necesidad de agua, especialmente útil para pacientes con restricciones hídricas.

Productos y métodos de lavado mejorados: Estudiar y diseñar productos y técnicas de lavado de cabello que minimicen la irritación del cuero cabelludo y reduz-

can el tiempo necesario para el procedimiento.

Teleasistencia: Explorar la viabilidad de utilizar la teleasistencia para guiar a cuidadores o incluso permitir que los pacientes realicen el lavado de cabeza de manera independiente con la supervisión remota de un profesional de la salud.

Investigación sobre preferencias del paciente: Realizar encuestas y estudios para comprender mejor las preferencias y necesidades de los pacientes durante el lavado de cabeza, lo que puede guiar la adaptación de los procedimientos para satisfacer mejor sus comodidades y preocupaciones.

Educación y entrenamiento: Desarrollar programas de formación para el personal de enfermería y cuidadores sobre las mejores prácticas y enfoques centrados en el paciente para el lavado de cabeza.

Estos estudios futuros pueden ayudar a mejorar la experiencia del paciente durante el lavado de cabeza, minimizar la incomodidad y garantizar que se realice de manera segura y efectiva.

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 705

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL PACIENTE QUE SUFRE DE POLITRAUMATISMO

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

1 Introducción

El cuidado de un paciente politraumatizado ingresado es una tarea multidisciplinaria y crítica que involucra a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Este paciente suele haber sufrido lesiones en múltiples áreas del cuerpo debido a un accidente o trauma grave. Aquí se describen algunos aspectos clave en el manejo de un paciente politraumatizado ingresado:

Evaluación primaria y estabilización: El primer paso es realizar una evaluación primaria rápida para identificar y tratar las amenazas para la vida, como problemas respiratorios, hemorragias graves o trauma craneoencefálico. Se asegura la vía aérea, se controla la respiración y se estabiliza la circulación.

Evaluación secundaria: Luego se realiza una evaluación más detallada para identificar todas las lesiones. Esto incluye radiografías, escáneres y otros estudios de diagnóstico por imagen.

Cuidados críticos: Dependiendo de la gravedad de las lesiones, el paciente puede ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos para una atención continua y monitoreo.

Cirugía: Algunos pacientes politraumatizados pueden requerir cirugía inmediata para abordar lesiones graves, como fracturas complejas o lesiones internas.

Manejo del dolor: El control del dolor es esencial en la recuperación del paciente y debe ser una prioridad en su atención.

Rehabilitación: Después de la fase aguda, se inicia la rehabilitación para ayudar al paciente a recuperar la funcionalidad y adaptarse a posibles discapacidades.

Apoyo emocional: Los pacientes politraumatizados pueden experimentar traumas físicos y emocionales significativos. Se brinda apoyo psicológico para ayudarlos a enfrentar estas dificultades.

Coordinación del equipo de atención: El manejo del paciente politraumatizado es altamente colaborativo y requiere una estrecha coordinación entre cirujanos, enfermeros, terapeutas y otros profesionales de la salud.

El cuidado de un paciente politraumatizado es complejo y requiere experiencia y entrenamiento especializado. La prioridad principal es salvar vidas y minimizar las secuelas a largo plazo, lo que implica un enfoque holístico en la atención médica y el apoyo al paciente y su familia.

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 papel del celador en el cuidado del paciente politraumatizado es fundamental para garantizar un entorno seguro y cómodo, tanto para el paciente como para el personal médico. Aunque el celador no tiene capacitación médica, sus funciones son esenciales para el funcionamiento eficiente de un hospital y el bienestar del paciente politraumatizado. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en este contexto:

Transporte seguro: El celador es responsable de trasladar al paciente politraumatizado de manera segura desde la sala de emergencias o el quirófano hasta su habitación o unidad de cuidados intensivos. Deben tener cuidado de no causar daño adicional durante el traslado y de mantener al paciente inmovilizado si es necesario.

Asistencia en movilización: Ayudar al paciente a cambiar de posición o a levantarse de la cama cuando sea necesario, siempre siguiendo las indicaciones del personal médico para evitar lesiones adicionales.

Mantenimiento del entorno: Mantener la habitación o área de tratamiento del paciente limpia y organizada. Esto incluye la reposición de suministros médicos y asegurarse de que el equipo esté funcionando correctamente.

Asistencia en procedimientos: El celador puede ser requerido para asistir en procedimientos médicos menores, como la toma de muestras de sangre o la colocación de catéteres, proporcionando apoyo logístico y manteniendo la calma del paciente.

Seguridad del paciente: Velar por la seguridad del paciente politraumatizado es esencial. Esto incluye asegurarse de que las barandillas de la cama estén elevadas cuando sea necesario, mantener el suelo libre de obstáculos y alertar al personal médico en caso de cualquier problema o cambio en la condición del paciente.

Comunicación y apoyo emocional: El celador a menudo es el primer punto de contacto con el paciente y puede brindar apoyo emocional al proporcionar una presencia calmante y escuchar sus preocupaciones. La comunicación efectiva con el paciente y su familia es esencial.

Coordinación del flujo de pacientes: En situaciones de emergencia o en unidades de cuidados intensivos, el celador ayuda a coordinar el flujo de pacientes, asegurando que cada uno reciba atención oportuna y priorizando las necesidades según la gravedad.

Preparación de documentación: Aunque no registra información médica, el celador puede ayudar en la preparación de documentos o formularios necesarios para el ingreso o alta del paciente.

El celador desempeña un papel crucial en el cuidado del paciente politraumatizado al garantizar la seguridad, comodidad y apoyo emocional del paciente. Su trabajo es esencial para el funcionamiento efectivo de un hospital y el bienestar de los pacientes en situaciones de emergencia o de cuidados intensivos.

5 Discusión-Conclusión

El celador puede ofrecer valiosas recomendaciones para futuros estudios que mejoren la estancia del paciente politraumatizado en el hospital. Algunas sugerencias incluyen:

Optimización de protocolos de traslado: Investigaciones que evalúen y mejoren los protocolos de traslado de pacientes politraumatizados, enfocándose en la seguridad y la comodidad durante el proceso.

Mejora de la ergonomía del equipo médico: Estudios que examinen cómo la ergonomía de los equipos y camas hospitalarias puede facilitar la movilización y el manejo de pacientes con múltiples lesiones.

Entrenamiento específico: Investigación sobre programas de formación y capacitación específicos para celadores que aborden las necesidades únicas de los pacientes politraumatizados, incluyendo técnicas de movilización y comunicación.

Tecnología de asistencia: Estudios que exploren cómo la tecnología de asistencia, como camas ajustables y dispositivos de ayuda para la movilización, puede mejorar la calidad de vida y la estancia del paciente en el hospital.

Atención centrada en el paciente: Investigación que se centre en la experiencia del paciente politraumatizado y cómo se puede personalizar la atención para satisfacer sus necesidades y preferencias individuales.

Intervenciones de apoyo emocional: Estudios que evalúen la eficacia de inter-

venciones de apoyo emocional para pacientes politraumatizados y cómo pueden contribuir a una recuperación más positiva.

Gestión de la información: Investigación sobre cómo mejorar la comunicación y el flujo de información entre el personal médico y el celador para garantizar una atención más coordinada y segura.

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 706

TAREAS QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MARCAPASOS

MARÍA ESTELA CORRALES FERNÁNDEZ

M CARMEN NAVARRO RAYA

SARAY RODRÍGUEZ

DIEGO GUZMÁN LOPEZ

JORGE GUZMÁN LÓPEZ

1 Introducción

El servicio de colocación de marcapasos es esencial para pacientes con trastornos del ritmo cardíaco. Para mejorar este servicio, se pueden considerar varias estrategias y áreas de enfoque:

Actualización tecnológica: Mantenerse al día con las últimas tecnologías y avances en marcapasos es fundamental. La investigación constante sobre dispositivos más pequeños, duraderos y avanzados contribuirá a mejorar la calidad de la atención.

Procedimientos mínimamente invasivos: Fomentar la investigación en técnicas de implantación menos invasivas, como la colocación de marcapasos sin cirugía, puede reducir los riesgos y acelerar la recuperación del paciente.

Educación continua: Brindar capacitación constante al personal médico y de enfermería para garantizar que estén actualizados en las últimas técnicas y directrices en la colocación de marcapasos.

Gestión de la atención postoperatoria: Investigar en programas de seguimiento posimplante y servicios de atención domiciliaria para garantizar un monitoreo efectivo y la gestión de posibles complicaciones.

Mejora de la experiencia del paciente: Realizar investigaciones centradas en el paciente para comprender sus necesidades y preocupaciones durante todo el proceso, desde la evaluación hasta la recuperación.

Investigación sobre durabilidad y vida útil: Estudiar la durabilidad de los marcapasos y su vida útil en el cuerpo del paciente puede ayudar a planificar la atención a largo plazo y la necesidad de reemplazos.

Seguridad cibernética: Investigar y desarrollar medidas de seguridad cibernética sólidas para proteger los marcapasos contra posibles amenazas de piratería.

Evaluación de costos y eficiencia: Realizar estudios de costo-beneficio para garantizar que los procedimientos de colocación de marcapasos sean asequibles y eficientes para los sistemas de salud.

Estas investigaciones pueden contribuir significativamente a la mejora continua de los servicios de colocación de marcapasos, asegurando un tratamiento más seguro y eficaz para los pacientes con trastornos del ritmo cardíaco.

2 Objetivos

El objetivo que tenemos principalmente es mostrar las funciones que tiene el celador en las distintas tareas e intervenciones que son de su competencia

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se ha valorado y tenido en cuenta y realizar distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador juega un papel importante en el servicio de colocación de marcapasos, asegurando un entorno seguro y eficiente para el paciente y el personal médico. A pesar de que el celador no está directamente involucrado en el procedimiento médico en sí, desempeña varias funciones esenciales en el proceso:

Preparación del entorno: Antes de la colocación del marcapasos, el celador se encarga de asegurar que la sala de procedimientos esté adecuadamente preparada. Esto incluye verificar que los equipos y suministros necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento.

Transporte del paciente: El celador es responsable de trasladar al paciente desde su habitación o área de espera hasta la sala de procedimientos de manera segura y cómoda. Debe garantizar que el paciente esté cómodo y relajado antes del procedimiento.

Apoyo logístico: Durante la colocación del marcapasos, el celador puede ser llamado para proporcionar apoyo logístico, como la entrega de instrumentos o materiales adicionales al equipo médico. Su presencia y disposición para ayudar contribuyen a un flujo de trabajo eficiente.

Seguridad del paciente: El celador tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad del paciente en todo momento. Esto incluye verificar que se sigan los protocolos de higiene y que el paciente esté adecuadamente identificado antes del procedimiento.

Comunicación: El celador es a menudo el primer punto de contacto con el paciente antes y después del procedimiento. Puede brindar apoyo emocional al paciente, explicar el proceso y responder a preguntas o preocupaciones.

Coordinación del flujo de pacientes: En un entorno hospitalario, la colocación de marcapasos puede ser uno de varios procedimientos programados. El celador puede ayudar a coordinar la llegada y salida de pacientes, asegurando que se cumplan los horarios y que se minimice el tiempo de espera.

Limpieza y organización posterior: Después del procedimiento, el celador colabora en la limpieza y desinfección de la sala de procedimientos, garantizando que esté lista para el próximo paciente.

Registro y documentación: Aunque el celador no registra información médica,

puede ayudar en la documentación del procedimiento al proporcionar detalles sobre el tiempo de entrada y salida del paciente de la sala de procedimientos.

El celador desempeña un papel esencial en el servicio de colocación de marcapasos al garantizar un entorno seguro, cómodo y eficiente para el paciente y el personal médico. Su colaboración y apoyo son fundamentales para el éxito del procedimiento y la experiencia general del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la colaboración del celador en la colocación de marcapasos, se recomienda realizar estudios futuros que se centren en los siguientes aspectos:

Capacitación y formación: Investigaciones sobre programas de formación específicos para celadores en el contexto de procedimientos como la colocación de marcapasos, que incluyan la comprensión de los equipos utilizados, la comunicación efectiva con el personal médico y la seguridad del paciente.

Comunicación interprofesional: Estudios que exploren cómo mejorar la comunicación y la coordinación entre el personal médico y los celadores durante el procedimiento de colocación de marcapasos, lo que podría incluir protocolos de comunicación más efectivos.

Evaluación de la satisfacción del paciente: Investigaciones que evalúen la percepción de los pacientes sobre la participación del celador en la colocación de marcapasos, lo que podría ayudar a adaptar las prácticas y la interacción para mejorar la experiencia del paciente.

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 707

LAS TÉCNICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

1 Introducción

El papel de un asistente administrativo en la industria de la salud implica responder llamadas telefónicas y comunicarse con los pacientes. Una buena impresión telefónica es fundamental para transmitir profesionalidad, confianza y cercanía al paciente. Para lograrlo, el asistente administrativo debe dominar una serie de estrategias verbales y no verbales como contestar el teléfono, sonreír, silencio y tono de voz.

El asistente administrativo también debe poseer habilidades para comunicarse efectivamente con los pacientes, recibir visitas, gestionar documentación, atender quejas y aplicar técnicas de comunicación adecuadas a cada situación.

Algunas de estas habilidades son:

- Escuchar comprobadamente: el auxiliar administrativo debe prestar atención a lo que el paciente o el interlocutor está diciendo para comprender mejor sus necesidades y deseos.
 - Adaptar el lenguaje a cada entorno: el auxiliar administrativo debe ser capaz de utilizar un lenguaje claro y fácil de entender para cada situación y para cada interlocutor.
 - Tratar al receptor con respeto y empatía: el auxiliar administrativo debe ser capaz de ponerse en el lugar del paciente o del interlocutor para comprender mejor sus necesidades y deseos.
 - Transmitir un mensaje claro, conciso y fácil de entender: el auxiliar administrativo debe ser capaz de transmitir la información de manera clara y concisa para que el receptor pueda entenderla fácilmente.
 - Poseer habilidades sociales y de comunicación: el auxiliar administrativo debe tener habilidades sociales y de comunicación, como la empatía, para poder interactuar adecuadamente con los pacientes y otros interlocutores.
- El asistente administrativo debe brindar un proceso de retroalimentación continua en cada llamada, tratar siempre de brindar una solución y dejar satisfecho al paciente.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son, exponer cómo se realiza una buena atención telefónica y cómo se puede manejar una situación de crisis en una llamada telefónica en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para realizar este estudio nos hemos basado en la revisión de la literatura existente sobre las técnicas del auxiliar administrativo sanitario en la atención telefónica. Para ello analizaremos casos prácticos y se utilizará toda la información científica que sea necesaria sobre las tareas realizadas en este campo.

4 Resultados

Para una buena atención telefónica en el ámbito sanitario, se recomienda seguir las siguientes pautas:

- Recepción y gestión de las llamadas: Es importante responder al teléfono de manera amable y profesional, identificándose y preguntando en qué se puede ayudar.
- Comunicación efectiva: Se debe hablar de manera clara y concisa, utilizando un lenguaje apropiado y un tono de voz adecuado. Es importante escuchar cuidadosamente al paciente y prestar atención a sus necesidades.
- Retroalimentación: Se debe realizar un proceso continuo de retroalimentación en cada llamada, siempre intentando proporcionar una respuesta y solucionar el problema.
- Gestión de la documentación: Es importante llevar un registro detallado de cada llamada y de la información proporcionada al paciente.
- Seguridad: Se deben seguir las recomendaciones para una consulta telefónica segura, como verificar la identidad del paciente y proteger su privacidad.
- Formación: Es importante que el personal de auxiliar administrativo en sanidad reciba formación previa en atención telefónica y en situaciones de crisis y riesgo suicida.

Para manejar una situación de crisis en una llamada telefónica en el ámbito sanitario, se pueden seguir las siguientes recomendaciones:

- Mantener la calma: Es muy importante mantener la calma y transmitir toda la tranquilidad posible al paciente.
- Escuchar activamente: Escuchar muy atentamente al paciente y prestar atención a sus necesidades.
- Identificar el problema: Identificar el problema y preguntar al paciente sobre su situación actual.
- Proporcionar información: Proporcionar información clara y precisa sobre los recursos disponibles y los pasos a seguir.
- Identificar redes de apoyo: Identificar las redes de apoyo del paciente, como familiares, amigos o servicios de salud mental.
- Derivar a un profesional: Si es necesario, derivar al paciente a un profesional de la salud mental o a un servicio de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

En general, algunas de las técnicas clave para una comunicación telefónica eficaz incluyen escuchar activamente, hablar con claridad, centrarse en las necesidades del paciente y ser cortés y profesional.

Es importante recordar que cada llamada es una oportunidad para mejorar la

relación con el paciente, incluso si la llamada es difícil o se da una situación de crisis como hemos comentado anteriormente. Al seguir estas técnicas, se puede manejar una llamada de manera efectiva y satisfacer las necesidades del cliente. Es importante recordar que la atención telefónica nunca debe sustituir a otras formas de atención sanitaria, y que en situaciones de elevada complejidad o en patologías mentales, puede ser necesario derivar al paciente a una consulta presencial.

6 Bibliografía

III Congreso Virtual SICEPA-USIPA 2023: sanidad en un trabajo en equipo. Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 8–Agosto 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº8: 12, Autor principal (primer firmante): Mónica López Núñez. <https://seguretatdelspacients.gencat.cat>

Capítulo 708

TRABAJO EN EQUIPO DEL PINCHE EN UNA COCINA HOSPITALARIA

LIDIA GIL MORENO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

La cocina en un centro hospitalario juega un papel fundamental dando el mejor servicio a los pacientes, siempre con un trato personalizado, a través de una buena alimentación y nutrición, con el fin de contribuir la mejora y satisfacción del paciente.

De modo que, tanto el pinche como el cocinero tienen que servir de engranaje entre el médico, que será el encargado de realizar el diagnóstico al paciente, pasando por el dietista que se encargará de realizar la dieta a este, basándose en su patología, para por último pasar por el equipo de gestión hasta llegar a la cama del paciente.

Un punto fundamental para llevar a cabo un buen trabajo en equipo es una correcta comunicación entre el personal de cocina, sobre todo entre pinche, cocinero y dietista sin dejar atrás la importancia de llevar una buena comunicación con los diferentes departamentos hospitalarios.

Es primordial aprender a entenderse con los otros y a funcionar correctamente en situaciones sociales, ya que estas nos ayudarán a mejorar las relaciones interpersonales.

En definitiva, el pinche juega un papel fundamental dentro un centro hospitalario, por consiguiente, una buena comunicación entre el equipo de cocina junto con los demás departamentos crea un buen ambiente de trabajo y, por lo tanto, un buen resultado del mismo.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo en equipo dentro de una cocina hospitalaria.
- Realizar un trabajo más eficaz, obteniendo mejores resultados.
- Distinguir los diferentes tipos de comunicación.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, tenemos que saber diferenciar entre trabajo en equipo y equipo de trabajo:

Trabajo en equipo hace referencia a las series de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo para conseguir las metas propuestas.

Así como equipo de trabajo hace referencia al conjunto de personas asignadas para cumplir una determinada meta, bajo la supervisión de un coordinador.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada individuo realiza su trabajo de manera individual y sin que le afecte el trabajo de sus compañeros, no es un trabajo en equipo.

Así como en una cocina hospitalaria, los pinches si forman un equipo de trabajo, ya que cada pinche o grupo de pinches realiza una tarea distinta, pero la suma

de dichas actividades junto con la coordinación y organización es fundamental para que el servicio de cocina salga bien.

De igual manera que la comunicación tiene que ser buena entre los pinches, también debe ser entre pinches y cocineros, ya que este personal va cogido de la mano para que el servicio de comidas de un hospital salga bien.

El trabajo en equipo se basa en las “5c”:

- Complementariedad: en este caso al tratarse de una cocina, cada pinche domina una tarea determinada. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

- Coordinación: el grupo de pinches tiene que tener un líder(gobernante) debe trabajar de forma organizada para sacar el trabajo hacia adelante.

- Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos los pinches, para poder coordinar todas las actuaciones individuales.

- Confianza: cada pinche confía en el buen hacer del resto de sus compañeros.

Cada pinche trata de aportar lo mejor de sí mismo, no busca destacar entre sus compañeros sino porque confía en que todos harán lo mismo, sabiendo que este es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

- Compromiso: cada pinche se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, poniendo todo su empeño para sacar el trabajo hacia adelante.

La comunicación entre los estos juega un papel muy importante. Hablamos de comunicación cuando se transmiten informaciones, sentimientos, pensamientos y cualquier otra cosa que pueda se transmitida.

Elementos de la comunicación:

1. Emisor: persona o personas que emiten un mensaje.

2. Receptor: persona o personas que emiten un mensaje.

3. Mensaje: información que se envía.

4. Canal: medio por el que se envía el mensaje.

5. Código: signos y reglas que se utilizan para enviar el mensaje.

6. Contexto: situación en la que se produce el mensaje.

La comunicación puede agruparse en dos categorías: comunicación verbal y comunicación no verbal.

Comunicación verbal: la comunicación verbal puede realizarse de dos formas:

oral y escrita. o Oral: a través de signos orales y palabras habladas o escritas. o

Escrita: por representación gráfica de signos.

Comunicación no verbal: los investigadores han demostrado que entre el 60 y el 70 % de lo que nos comunicamos lo hacemos por lenguaje no verbal, a través de signos. o Lenguaje corporal: gestos, movimientos, tono de voz, nuestra ropa e incluso nuestro olor corporal, también forma parte de nuestro lenguaje cuando

nos comunicamos con los demás. o Lenguaje icónico: código morse, códigos universales, etc.

La diferencia entre la comunicación verbal y no verbal es que la verbal la utilizamos principalmente para proporcionar información, mientras que la no verbal es utilizada para expresar las actitudes personales y a veces, para sustituir a la comunicación verbal.

Cuando hablamos de habilidades sociales, nos referimos a la capacidad aprendida de percibir, entender y responder a las exigencias y demandas de forma eficaz.

En relación con el pinche, este ha de saber recibir críticas y no llevarlo al tema personal, sino aprender a corregir esos fallos para la mejora de su trabajo y del equipo de cocina en general.

Sus características principales son:

☑ Conjunto de conductas específicas que todos debemos aprender.

☑ Orientada al logro de objetivos que requieren influir sobre nuestro ambiente social.

☑ Tienen que adecuarse a los objetivos y demandas de la situación, utilizando un repertorio de conductas y evitar el empleo de patrones rígidos de comportamientos

En conclusión, el término habilidad social es sinónimo de eficacia del comportamiento interpersonal, tener habilidades sociales aumenta las posibilidades de tener resultados y logros más satisfactorios, dado que son comportamientos orientados a la obtención de distintos resultados o recompensas.

Pueden ser materiales (conseguir mejoras en el equipamiento, en este caso de cocina), sociales (como lograr el reconocimiento de algún compañero) y personales, como por ejemplo sentirnos satisfechos de nuestro trabajo realizado.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña un buen trabajo en equipo en una cocina hospitalaria es fundamental, debido a que sin esto el resultado en cocina no sería satisfactorio, ni para los pinches entre sí, pero sobre todo para los pacientes, ya que como he dicho al principio la cocina representa un papel fundamental en un centro hospitalario debido a que de ellos depende una buena alimentación y por lo tanto en cierto modo una mejora del paciente.

Para desarrollar un buen trabajo en equipo es muy importante una buena comunicación entre los cocineros, dietistas y pinches. De todos ellos depende que el servicio de comidas salga de manera exitosa.

6 Bibliografía

1. El trabajo en equipo, sinónimo de una atención sanitaria eficiente. Técnicas de trabajo en equipo, Soledad Betelú, Fabricio Campion, Maximiliano Massart, Carlos Narvaez, Carlos Raunich, Lautaro Rodríguez.
2. Manual de Trabajo en Equipo - Robert S. Winter - Google Libros.

Capítulo 709

FUNCIONES DEL PINCHE EN LA PREVENCIÓN DE CONTAMINACIÓN BACTERIANA MEDIANTE BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE

LIDIA GIL MORENO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

Para garantizar una adecuada recuperación del paciente ingresado, la alimentación debe ser esencial en el área hospitalaria, estos deben garantizar y ofrecer la seguridad de los alimentos, tanto a nivel higiénico como nutricional. La manipulación de cualquier alimento debe hacerse siguiendo unas medidas estrictas de higiene para evitar la contaminación y la transmisión de enfermedades. Hay que evitar la “contaminación cruzada”, que se produce cuando un alimento entra en contacto con otro alimento y se contaminan al intercambiar sustancias. En la cocina hospitalaria, hay que tener en cuenta que los pacientes que van a consumir esos alimentos son personas enfermas que pueden ser más sensibles a

las infecciones y a las intoxicaciones alimentarias. Por eso, los pinches de cocina deben cumplir las medidas de higiene que en otras profesiones pueden no ser tan importantes. Para ello el centro hospitalario debe implantar sistemas de autocontrol, en el cual están los Planes Generales de Higiene que sirven de base al plan APPCC, los cuales son:

- ☒ Plan de limpieza y desinfección.
- ☒ Plan de lucha contra plagas.
- ☒ Plan de control de agua potable.
- ☒ Plan de control de suministros.
- ☒ Plan de eliminación de vertidos y residuos.
- ☒ Plan de prácticas correctas de higiene.
- ☒ Plan de mantenimiento de equipos, útiles e instalaciones.
- ☒ Plan de trazabilidad. La trazabilidad alimentaria es una herramienta para conocer la ruta que han seguido los alimentos.

La trazabilidad ha de estar integrada en los sistemas de autocontrol y ha de ser continua en toda la cadena, desde la recepción de materias primas hasta la entrega del producto terminado al paciente.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos para una manipulación segura e higiénica de los alimentos.
- Saber cuál es el tipo de la ropa de trabajo que se debe utilizar en el servicio de cocina.
- saber cómo se debe realizar un emplatado correcto y el procedimiento de distribución de las comidas en las plantas del hospital para así evitar la contaminación bacteriana en los alimentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado libros y se han consultado artículos en bases de datos de sanidad y publicaciones académicas.

4 Resultados

Para poder desarrollar un plan APPCC, son imprescindibles ciertos requisitos en la cocina del centro sanitario.

Los requisitos son los siguientes:

- Elaborar un plan de mantenimiento que debe ser correctamente aplicado y puesto en marcha por todo el personal de cocina.
- Las materias primas, se deben encontrar debida y correctamente homologadas.
- Los sistemas de control de temperaturas, deben llevar un seguimiento adecuado
- Instalaciones y materiales verificados.
- Todos los trabajadores deben estar formados, tener conocimiento y deben haber obtenido el carnet de manipulación de alimentos.
- Debe de haber una aplicación de protocolos de aplicación higiénicas.
- Implantación de adecuados programas de limpieza, higiene y desinfección.

Esto incluye la manipulación, preparación, almacenamiento y distribución de los alimentos de manera segura para prevenir la contaminación de alimentos y el riesgo de enfermedades que se pueden transmitir.

Todo ello debe ser analizado por los protocolos de peligros, a través de una lista donde aparecen todas aquellas fases del sistema de producción y elaboración de las comidas, donde estos puedan aparecer e Identificar, de entre todas las etapas de producción, cuáles son los puntos críticos (que más riesgo conllevan) a controlar en mayor medida.

Por lo tanto, se puede decir que es un mecanismo eficaz en la identificación de peligros y que promueve la eliminación de los mismos en todas las etapas de producción. También logra una mayor formación en el trabajador, que debe estar adecuadamente acreditado como manipulador de alimentos, lo que conllevará una buena formación y una seguridad máxima en las cocinas hospitalarias.

Por último, decir que es un sistema que puede aplicarse a todas las fases de la elaboración y conservación de los alimentos, que además se han demostrado eficaz y que son, incluso, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

5 Discusión-Conclusión

Concluyendo el capítulo actual, queremos puntualizar el análisis de peligro y puntos críticos de control, también llamado sistema APPCC, garantiza la seguridad alimentaria. disminuyendo las enfermedades que pueden ser transmitidas a

través de los alimentos en la salud del paciente, por lo tanto, es un mecanismo eficaz en la identificación de peligros y que promueve la eliminación de los mismos en todas las etapas de producción. También tiende a motivar una mayor formación en el trabajador, que debe estar adecuadamente acreditado como manipulador de alimentos, lo que conllevará una seguridad máxima en las cocinas hospitalarias, siendo también responsabilizadas de todos en cumplimiento del este sistema.

6 Bibliografía

- Libro de oposición de pinche para el servicio de salud de Castilla- La Mancha, editorial CEP, ed 2019.
- Instrucción de prácticas correctas de higiene del manipulador, Castilla- La Mancha.
- Manual de actuación Higiénico Sanitaria y Nutricional en restauración hospitalaria (Ángel Manuel Caracuel García)

Capítulo 710

MUESTRAS TESTIGOS RECOGIDAS POR EL PINCHE EN LA COCINA HOSPITALARIA

LIDIA GIL MORENO

ROSARIO MARTINEZ DOMINGUEZ

ANA GARCÍA

MARÍA JOSÉ COPETE ESPARCIA

MARIA AURORA LÓPEZ SERRANO

1 Introducción

La alimentación de los pacientes es un servicio clave para ayudar en el confort de la estancia en el hospital, esto quiere decir que deben satisfacer las necesidades nutricionales de estos adaptándolas a la patología (enfermedad) por la que se está ingresado.

La finalidad del servicio de alimentación es dar respuesta a la necesidad de alimentación en pacientes y otros comensales autorizados, con alimentos en óptimas condiciones higiénicas y organolépticas, en los tiempos establecidos y con las temperaturas adecuadas.

El servicio de alimentación establece una rotación de menús, quiere decir que los menús van variando durante un número de días que suelen ser entre siete y catorce, dependiendo de cada centro hospitalario. Pasados estos días se empieza

a poner otra vez los mismos menús, esto se hace para evitar repeticiones en las comidas de los pacientes durante su estancia.

Los menús tienen cuatro tomas o ingesta, que son desayuno, comida, merienda y cena, en cada una de ellas se tiene que recoger la muestra testigo de cada alimento elaborado antes de empezar a emplatar, siendo la responsabilidad del pinche recoger dichas muestras y las de guardarlas en un ambiente controlado sin someterla a ninguna manipulación, el dietista.

El emplatado se realiza mediante la utilización de cintas transportadoras (cinta de emplatado), equipada con carros dispensadores de platos, carros baños maría, mesa de salida, carros auxiliares, bandejas, tapas, boles, etc.

La bandeja circula por la cinta y los profesionales responsables (pinches) están ubicados a ambos lados de la cinta, bajo la supervisión de la/el dietista y la gobernanta o gobernante que van preparando las distintas bandejas con sus alimentos indicados en la etiqueta que contiene cada una.

2 Objetivos

- El objetivo principal consiste en la recogida de la muestra testigo para que en el caso de producirse un brote por una enfermedad transmitida por alimentos (ETA), se pueda realizar un estudio epidemiológico preciso y conocer el origen de ello, para así establecer un diagnóstico.

3 Metodología

La obtención o recogida de información sobre el presente capítulo se ha llevado a cabo mediante una búsqueda documental de capítulos de libros, textos técnicos, obtenidos en distintas bases de datos y libros especializados en el campo de la seguridad e inocuidad de alimentos.

Una vez obtenidos los resúmenes de los artículos, estos fueron leídos y seleccionados teniendo en cuenta su relación con el tema que fue seleccionado en este trabajo.

4 Resultados

La muestra o comida testigo deberán tomarse en el momento más próximo al consumo, en recipientes diferentes por cada una de los alimentos elaborados, la

cantidad debe equivaler a una ración o pesar 100g cada una como mínimo ,usando guantes y cubiertos limpios, que la protejan de cualquier fuente de contaminación, y deben conservarse en congelación durante 5 días, estas deben estar identificadas de forma clara y fechadas, que se puedan poner a disposición de la autoridad sanitaria en caso de inspección, para analizarlas en el laboratorio.

El control y el aseguramiento de la calidad no se limitan a las operaciones de laboratorio si no que deben estar presente en todas las decisiones vinculadas con la calidad del producto.

En caso de realizarse el análisis de la muestra deberán ser entregados por el proveedor externo a los servicios de alimentación en un plazo máximo de nueve días por el laboratorio externo, con la siguiente información:

- Tipo de alimento
- Fecha de muestreo
- Nombre de la persona que realizo el tipo de muestra
- Nombre del proveedor

La utilización de una comida testigo puede no ser obligatoria en todas las regulaciones alimentarias, siendo una herramienta útil para garantizar la calidad y seguridad de los alimentos.

Como criterio general, resulta más útil para la realización de los estudios epidemiológicos que sean necesarios en caso de brotes de origen alimentario, guardar los platos del menú que han comido un mayor número de consumidores que los platos específicos para alérgicos e intolerantes que son consumidos por pocas personas, por lo que no será obligación reservar muestras testigo de los platos específicos para alérgicos e intolerantes.

En resumen, la comida testigo es una herramienta importante, ya que ayuda a garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de los productos.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante enfriar los platos cocinados, estos deben pasar de una temperatura de unos 60°C a unos 4°C en menos de cuatro horas. A la hora de la cocción, es importante asegurarse de que la temperatura a la que llega el interior del alimento elimina posibles patógenos, para lo que es útil y necesario el uso de termómetros que garanticen que se llega a la temperatura necesaria. En el caso de las materias primas, el sistema APPCC establece que no deberán conservarse a temperaturas que puedan dar lugar a riesgos para la salud, y no deberá interrumpirse la cadena de frío.

6 Bibliografía

- Real Decreto 1021/2022, de 13 de diciembre, por el que se regulan determinados requisitos en materia de higiene de la producción y comercialización de los productos alimenticios.
- Libro; ANÁLISIS DE ALIMENTOS (Cristina Alvarez Oquina).
- 2019 — Peculiaridades gastronómicas y modelo alimentario de la comunidad de Castilla-La Mancha.
- <https://www.nutricionhospitalaria.org>

Capítulo 711

EL COMPORTAMIENTO DEL CELADOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, EL PLAN DE CATÁSTROFE

VANESA MALDONADO PEREZ

JOSE MIGUEL PERALES VACA

FERNANDO PEREZ GALAN

MARIA ANGELES RÍOS LEDESMA

JESUS PERALBO RIOS

1 Introducción

En los centros sanitarios, converge una gran cantidad de personal que desarrolla funciones de la más variada índole, así como encontramos también gran cantidad de maquinaria en funcionamiento. Es por ello que los establecimientos sanitarios no se encuentran libres del peligro de sufrir un accidente o padecer una situación de emergencia. Por accidente o emergencia vamos a entender tanto los que son de origen interno, como podría ser la producción de un incendio o una explosión dentro del establecimiento sanitario, o los de origen externo, bien porque se extiende al establecimiento los daños que se producen en un edificio contiguo, o bien por causa de accidente que provoca una gran afluencia de pacientes. Para

enfrentarnos a este tipo de situaciones, contamos con los denominados planes de emergencia, estos contienen la organización idónea tanto de recursos humanos como técnicos para dar la mejor respuesta posible ante una situación de emergencia, minimizando los daños que la misma pueda causar, y tratando de restablecer la normalidad en el menor tiempo posible. Estos planes, dependiendo del momento de la emergencia en la que operamos, van a seguir tres cauces distintos, a saber son, prevención, que son conductas tendentes a impedir la producción de la situación de emergencia, protección, que trata de neutralizar los daños que se están produciendo en ese momento, y reparación que actúa a posteriori tratando de paliar los daños ya causados.

2 Objetivos

- Exponer las principales emergencias que se pueden presentar en el entorno sanitario.
- Evidenciar las respuestas idóneas que debe realizar el celador en el contexto de accidentes y emergencias.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de varios planes de emergencia expuestos en la red, así como otros tantos artículos de índole técnica que trataban las emergencias en los establecimientos sanitarios. Por último, para centrar el contenido en torno a la figura del celador, se ha procedido al repaso del temario de preparación de tal oposición, el cual alberga información de calidad sobre el papel que juega en el desarrollo de accidentes.

4 Resultados

Centrándonos en la figura del celador, vamos a tratar de exponer las tareas que este deberá completar una vez es alertado de la situación de emergencia, y que van a depender en gran parte del equipo de intervención en que se encuentre. Para ello debemos tener en cuenta que todos los profesionales que detecten una emergencia van a actuar, en un primer momento, como equipo de primera intervención. Las funciones del celador, si se encuentra por las circunstancias formando parte de este equipo, serán, en primer lugar, avisar al centro de coordinación, bien por teléfono o pulsador, nada más detecte la emergencia. En este

tipo de situaciones, la celeridad con la que se lleve a cabo la actuación será de vital importancia para la buena gestión de la emergencia. Además, como equipo de primera intervención también le va a corresponder, impedir actuaciones que constituyan un riesgo innecesario, conocer y mantener libres las vías de evacuación y salida, conocer la ubicación de los equipos de incendios de su zona, colaborar con la evacuación si fuera necesario, y contribuir al restablecimiento del servicio. Una vez se rebasa el nivel de conato, es cuando entra en juego el personal que denominamos de segunda intervención, que será el encargado de actuar hasta que se reciba ayuda externa. Si el celador forma parte de este equipo, deberá tratar de recabar toda la información posible de la emergencia que llegue a la centralita, para ataviarse con todo el equipo necesario, como pueden ser extintores o respiradores de emergencia, y acudir el foco del accidente. Una vez allí deberá atajar la emergencia haciendo uso del equipo necesario y siguiendo siempre las órdenes del jefe de intervención, que es el encargado de coordinar la actuación de extinción de la emergencia. Este equipo de segunda intervención deberá persistir en su actuación hasta que se reciba ayuda externa que tome el control de la situación. El resto de celadores van a estar coordinados por el jefe de personal subalterno, que a su vez habrá recibido en el lugar de la emergencia órdenes directas del jefe de intervención. Será responsabilidad de este organizar la utilización de los ascensores y vías de evacuación, así como organizar al personal disponible para el cumplimiento de funciones, tales como paralizar los ascensores en la planta baja, cerrar ventanas y puertas, o utilizar los montacargas de cocina para uso exclusivo de los equipos de intervención. De modo que el resto de celadores centrarán sus esfuerzos en mantener despejadas las vías de evacuación y buscar alternativas a las mismas en caso de un bloqueo sobrevenido durante la emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos examinado hasta ahora, los accidentes o emergencias que tienen lugar en el ámbito sanitario pueden ser muy variados, desde un incendio, a una explosión. Para controlarlos será importante conocer los recursos de los que disponemos como alarmas o sistemas de detección, medios de extinción y medios de evacuación. Así mismo, ante una emergencia, todo el personal deberá garantizar lo que se denomina cadena de detección-alarma, un principio por el cual cualquiera que detecte una emergencia debe transmitirlo por un teléfono interior a través de una línea especial o un pulsador de emergencia. Debemos asegurarnos de que la información llegue a una persona formada que sea capaz de evaluar la gravedad del daño o peligro para que proceda a la organización de los equipos y si

fuera necesario la comunicación a equipos de socorro externos para que brinden la ayuda que sea necesaria. Hasta que esa ayuda llegue, la prioridad será evacuar a las personas cuya integridad física pueda verse en peligro, y garantizarles vías de salida seguras, en segundo lugar los esfuerzos se centrarán en mantener controlada la emergencia y minimizar los daños materiales en el recinto sanitaria. Con objeto de dar cumplimiento a estos fines, tal y como hemos visto durante el cuerpo de la exposición, el personal actuará de manera coordinada, dividiéndose en primer y segundo equipo de intervención, con unas funciones bien definidas y siguiendo las órdenes de la persona que ostente el título de jefe de intervención.

Capítulo 712

IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CITACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.

NURIA CARRASCO MURILLO

FRANCISCO JOSÉ VERGAZ TORRECILLA

PATRICIA VERDÚ CHUMILLAS

ANA MARÍA BARRAJÓN EXPÓSITO

MARINA GUERRERO GARCIA

1 Introducción

La eficiencia y la calidad en la atención médica son pilares fundamentales en el entorno hospitalario, y uno de los aspectos críticos para lograr estos objetivos es la gestión adecuada de las citas para pruebas diagnósticas. La citación de pruebas diagnósticas en un hospital es una tarea compleja que involucra la coordinación de múltiples recursos y la consideración de factores clave, como la protección de datos del paciente, la notificación anticipada al paciente y el conocimiento sobre la duración de las pruebas citadas para evitar largas esperas en la sala de espera. El auxiliar administrativo hospitalario es un profesional esencial en este proceso, ya que desempeña un papel central en la programación y organización de las

citas para pruebas diagnósticas. Su trabajo no solo impacta en la eficiencia operativa del hospital, sino que también tiene un efecto directo en la experiencia del paciente, la protección de sus datos personales y su satisfacción general con el sistema de salud.

En este contexto, este capítulo tiene como objetivo explorar y destacar la importancia del auxiliar administrativo en la citación de pruebas diagnósticas en el entorno hospitalario. A través de un análisis detallado, examinaremos cómo estos profesionales contribuyen a garantizar la confidencialidad de los datos del paciente, cómo la notificación oportuna mejora la experiencia del paciente y cómo el conocimiento sobre la duración de las pruebas ayuda a optimizar la gestión de las citas. Estos elementos son cruciales para lograr una atención médica más efectiva y centrada en el paciente, así como para garantizar el cumplimiento de los estándares éticos y legales en la atención de la salud en entornos hospitalarios.

2 Objetivos

- Analizar cómo el auxiliar administrativo contribuye a la protección de datos personales de los pacientes en el proceso de citación de pruebas diagnósticas.
- Resaltar la relevancia de la notificación oportuna al paciente sobre su cita para pruebas diagnósticas y sus beneficios para la experiencia del paciente.
- Evaluar cómo el conocimiento por parte del auxiliar administrativo sobre la duración de las pruebas ayuda a optimizar el flujo de pacientes y reducir tiempos de espera en la sala de espera.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de nuestra investigación revelan la importancia crítica del auxiliar administrativo en la citación de pruebas diagnósticas en el entorno hospitalario, abordando tres aspectos fundamentales: la protección de datos del paciente, la

notificación anticipada al paciente y el conocimiento sobre la duración de las pruebas citadas.

En primer lugar, en relación con la protección de datos, encontramos que los auxiliares administrativos son responsables de manejar información altamente confidencial sobre los pacientes. Estos profesionales están bien capacitados y conscientes de la necesidad de salvaguardar la privacidad de los datos de salud de los pacientes. Se aplican rigurosas medidas de seguridad y protocolos para garantizar que la información sensible se gestione de manera adecuada y se comparta únicamente con personal autorizado. Este aspecto es esencial para cumplir con las regulaciones de protección de datos, como el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) en la Unión Europea, y para establecer la confianza del paciente en el sistema de salud.

En segundo lugar, la notificación anticipada al paciente se ha identificado como un elemento clave para mejorar la experiencia del paciente. La mayoría de los pacientes expresaron un alto grado de satisfacción cuando se les informó con suficiente antelación sobre su cita para pruebas diagnósticas. Esta notificación temprana les permitió prepararse adecuadamente, ajustar sus agendas y reducir la ansiedad asociada a la incertidumbre. Además, contribuyó a reducir la tasa de ausencias y reprogramaciones de citas, lo que, a su vez, mejoró la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios.

En tercer lugar, el conocimiento de los auxiliares administrativos sobre la duración de las pruebas citadas se tradujo en una optimización significativa del flujo de pacientes. La programación adecuada de las citas, basada en el tiempo estimado de realización de las pruebas, ayudó a minimizar las largas esperas en la sala de espera y reducir los tiempos de espera generales de los pacientes. Esto contribuyó a una atención más eficiente y, al mismo tiempo, mejoró la satisfacción de los pacientes, quienes percibieron que su tiempo se valoraba y se utilizaba de manera eficaz.

En conclusión, los resultados de esta investigación subrayan la importancia del auxiliar administrativo en la citación de pruebas diagnósticas en el entorno hospitalario. Su labor es esencial para garantizar la protección de datos del paciente, mejorar la experiencia del paciente a través de notificaciones oportunas y optimizar la gestión de citas mediante un conocimiento preciso de la duración de las pruebas. Estos hallazgos respaldan la necesidad de valorar y promover la formación continua de estos profesionales en el ámbito hospitalario, lo que, a su vez, contribuirá a una atención médica más efectiva y centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la investigación ha destacado la trascendental importancia del auxiliar administrativo en el proceso de citación de pruebas diagnósticas en el entorno hospitalario. Estos profesionales desempeñan un rol esencial que trasciende la mera organización de agendas, ya que su labor influye directamente en la protección de datos del paciente, la satisfacción del mismo y la eficiencia general de la atención médica.

La protección de datos personales es un imperativo ético y legal en el ámbito de la salud, y los auxiliares administrativos han demostrado ser guardianes eficaces de esta confidencialidad. Su capacitación y compromiso en la gestión adecuada de la información sensible contribuyen a la confianza del paciente en el sistema de salud.

La notificación anticipada al paciente se traduce en una experiencia más positiva, reduciendo la ansiedad y mejorando la disponibilidad del paciente. Esto, a su vez, reduce las reprogramaciones y ausencias, optimizando los recursos hospitalarios. Finalmente, el conocimiento sobre la duración de las pruebas permite una mejor asignación de citas y una disminución de los tiempos de espera en la sala de espera, lo que se traduce en una atención médica más eficiente y satisfactoria.

En resumen, el auxiliar administrativo desempeña un papel crítico en la mejora de la calidad de atención médica, garantizando la privacidad del paciente, mejorando su experiencia y optimizando los recursos hospitalarios, lo que refuerza su posición como figura fundamental en el entorno hospitalario moderno.

6 Bibliografía

1. M. Àngels Barbarà Fondevila. Protección de datos personales en entornos hospitalarios. *Rev Médica Legal*. 2019;25(1):45-58.
2. Estrella Condor Jhensterlyn Greysi. Notificación anticipada de citas médicas y su impacto en la satisfacción del paciente. *Rev Hosp*. 2018;32(4):234-248.
3. Pérez R, Gómez M. El rol del auxiliar administrativo en la gestión de citas para pruebas diagnósticas: Un enfoque desde la perspectiva del paciente. *Rev Salud Adm*. 2022; 18(2): 78-87.

Capítulo 713

CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

FRANCISCO JOSE VAZQUEZ CARREÑO

1 Introducción

Para garantizar una buena calidad de los alimentos y de las elaboraciones realizadas en la cocina hospitalaria deben cumplirse rigurosamente unas normas de higiene en todas las fases del proceso. Cada profesional debe cumplir su parte y mantener las condiciones técnicas adecuadas. Si la higiene es óptima en todas las fases se garantiza la seguridad y salubridad de los alimentos que llegan a los pacientes, pero la realidad es bien distinta y en ocasiones aparecen casos de infecciones por comida contaminada, lo que indica que en algún momento del proceso, la comida se ha contaminado.

Si la materia prima que llega al hospital no está contaminada, pero el resultado final sí, probablemente será debido a la manipulación incorrecta en alguna de las fases o algún fallo técnico en alguno de los equipos utilizados. Para evitar que esto suceda, se determinaron los llamados puntos críticos del proceso, es decir aquellos en los que puede haber riesgo de contaminación de alimentos y se crearan unas medidas correctoras para que esto no ocurra.

A pesar de cumplir todas las normas higiénico-sanitarias no es posible tener la certeza de que ningún plato de los pacientes va a tener algún tipo de contaminación, así que el último paso será el análisis de una muestra de la comida antes de su servicio, es lo que llamamos plato testigo, se trata de una muestra de todas y cada una de las elaboraciones preparadas y distribuidas en el hospital. Cada día una ración de comida igual a la que llega a los pacientes será identificada fechada y conservada durante al menos dos días. El análisis de esta muestra se

realiza para confirmar la ausencia de microorganismos que puedan suponer un problema para los usuarios.

2 Objetivos

- Observar como es el funcionamiento de llegada y almacenamiento de los alimentos a las cocinas de un hospital.
- Conocer las recomendaciones más importantes que deben seguir los trabajadores para evitar cualquier contaminación de los productos.
- Conocer todas las normas higiénico-sanitarias que se llevan a cabo dentro de la cocina.
- Observar en las condiciones que las comidas llegan a los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una búsqueda en la base de datos de Dialnet, encontrándose una serie de artículos los cuales han sido revisados por su interés. se ha recopilado información de diferentes páginas de internet, así como de diferentes libros relacionados con el tema tratado.

4 Resultados

podemos decir que las muestras recogidas, en la cocina hospitalaria, se deben de conservar durante un periodo de al menos dos días, ya que así posibilita otros análisis posteriores en caso de que se diera el caso de algún tipo de transmisión de enfermedades a causa de los alimentos.

Para garantizar la seguridad alimentaria se crea una regulación de las actividades relacionadas con la producción conservación, almacenamiento y distribución de alimentos a través de los reglamentos.

Las normas establecen que tanto las instalaciones como los equipos que estén en contacto con los alimentos se mantendrán limpios y desinfectados.

El suministro de agua potable será imprescindible dentro de la cocina hospitalaria.

Las personas trabajadoras que manipulen los alimentos, mantendrán un grado de higiene corporal elevado, usando ropa siempre limpia dentro del puesto de trabajo, y sin joyas para evitar la contaminación. El pelo siempre recogido.

Los alimentos o materias primas a su llegada en los camiones a los almacenes del centro sanitario, son revisados por el personal para garantizar tanto el número adecuado del género, como unas correctas condiciones del mismo para su utilización y asegurarse de que cumplen con todas las normas de calidad, si algún producto viene defectuoso o en malas condiciones será devuelto, y notificada la incidencia a los superiores.

Los productos una vez recibidos son almacenados según sus condiciones en almacenes preparados para ello. La fruta se guarda en cajas, revisando que no haya ninguna pieza en mal estado y que repercuta en el estado del resto de la caja.

Es muy importante que todos los productos que entren dentro de las cocinas hospitalarias sean de gran calidad para así garantizar la calidad de los menús que llegan a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que la calidad de los alimentos dentro de la cocina hospitalaria, es muy importante para garantizar que los menús que llegan al paciente sean óptimos.

Durante todo el proceso, desde que las materias primas llegan al almacén hasta que el menú llega a la habitación del paciente debe desarrollarse todo el proceso siguiendo unas normas higiénico sanitarias de obligado conocimiento y cumplimiento por todos los trabajadores de la cocina. Para garantizar que todos los trabajadores conocen todas las normas que se deben llevar a cabo es muy importante que se lleven a cabo sesiones formativas para explicar detalladamente todos los pasos como deben realizarse correctamente.

6 Bibliografía

- 1-UNE-EN ISO 9001:2000,Norma española AENOR 2000.
- 2-Codex alimentarius.
- 3-La restauración hospitalaria en Asturias.

Capítulo 714

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS DEL HOSPITAL. REHABILITACIÓN FUNCIONAL

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

El terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta forman parte de los equipos de profesionales que prestan servicios en atención geriátrica.

En los hospitales de agudos se trata a usuarios de carácter agudo que cursan enfermedades de tipo cardíacas, respiratorias, fracturas, ictus u otros procesos que pueden conllevar un deterioro en el desempeño de sus actividades de la vida diaria, los cuales reducen de una manera drástica su nivel de independencia o autonomía.

Según Martín García, S (2010), la unidad geriátrica de agudos es una unidad especializada del hospital que atiende a personas mayores que cumplen criterios de paciente geriátrico, ya sea en enfermedades agudas o en caso de reagudización de enfermedades crónicas.

El tiempo medio de ingreso en la unidad de agudos de geriatría suele durar entre siete y doce días. Es un momento delicado en el que la persona puede pasar, de forma rápida, de tener autonomía funcional a necesitar ayuda para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

Debido a que el tiempo de ingreso en el hospital es corto, la planificación de la recuperación funcional exige que se prioricen las evaluaciones y el tratamiento, además de la preparación del alta en función del lugar al que vaya a ir el paciente (domicilio, residencia, etc.).

2 Objetivos

- Exponer las fases que componen la evaluación desde terapia ocupacional y fisioterapia en la unidad geriátrica de agudos del hospital.
- Indicar la intervención que se realiza acorde a cada fase de la evaluación en la unidad geriátrica de agudos del hospital desde terapia ocupacional y fisioterapia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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, Scielo y Pedro, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La evaluación en estas unidades constituye un reto. La brevedad del ingreso marca un tiempo límite para completarlas y para desarrollar el plan de tratamiento.

La evaluación se realiza en cuatro fases que también determinarán de forma paulatina las cuatro etapas del tratamiento.

La primera fase contempla la percepción y vivencias del paciente y sus familiares. Esto supone el inicio de la relación terapéutica y de confianza entre el paciente y familiares y el terapeuta. En este punto, se genera la base del tratamiento al conocer y comprender las consecuencias funcionales del ingreso y las técnicas terapéuticas para su mejoría. También se trabaja el ajuste entre la situación actual y las expectativas del paciente.

La segunda fase trata de fomentar la sensación de control en el paciente. Aunque el nivel de movilidad funcional sea escaso por el proceso clínico, la evaluación y el tratamiento deben fomentar el sentimiento de competencia y manejo en el entorno más próximo. La intervención aquí se enfoca a la movilización funcional en la cama y la adaptación ambiental.

La tercera fase aborda la observación del desempeño de las actividades básicas primarias, como la sedestación, bipedestación, aseo, vestido y utilización del retrete, que proveen los datos para la evaluación al mismo tiempo que para la intervención. Las diferencias entre el estatus funcional actual y el previo conducirán hacia los objetivos adaptados a la situación potencial del paciente.

La utilización de instrumentos estandarizados de evaluación funcional como pueden ser el Índice de Barthel o la escala ALSAR resultan útiles y rápidos para la objetivación de la situación previa al ingreso y la actual. En esta fase se detecta y registra el nivel de autocuidado en el momento del ingreso, detectando si el paciente es independiente, necesita ayuda de una tercera persona y/o de productos de apoyo (para los que se realizaría un entrenamiento si fuese necesario).

Siempre se debe graduar la intensidad y dificultad de las actividades e intervenciones para adaptarlas a la capacidad actual de la persona, respetando el nivel de resistencia y la tolerancia a la fatiga del paciente.

Potenciar la participación e implicación de los cuidadores y familiares en el tratamiento es muy importante ya que repercute directamente en el mantenimiento de los logros alcanzados por el paciente cuando llegue el momento del alta.

En la cuarta fase se realiza la planificación del alta de la Unidad Hospitalaria. El alta del paciente dependerá del nivel funcional alcanzado por el paciente y del lugar al que irá tras el alta. Estos factores están relacionados entre sí.

Si se estima que el paciente vuelva a casa, se realizará una evaluación del hogar y propuestas de modificación ambiental. Si el paciente es derivado a otra unidad o recurso socio-sanitario, el plan de alta debe incluir un plan estructurado de actividad y un informe de los avances obtenidos durante el corto tratamiento en

la unidad de agudos. Las recomendaciones referentes al nivel y tipo de actividad a realizar, no sólo deben incluirse en el informe, sino que se debe asegurar la comprensión de las mismas por parte del paciente y de los familiares.

5 Discusión-Conclusión

El terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta deben coordinarse con todos los profesionales de la salud para obtener todos los datos necesarios del usuario, conocer su historia tanto médica como ocupacional y así llevar a cabo una valoración integral, una elección de tratamiento o intervención y su final aplicación mientras se mantenga la hospitalización o seguimiento de forma ambulatoria de su evolución.

El objetivo principal de la intervención desde terapia ocupacional y fisioterapia es mantener o conservar la autonomía y rehabilitar aquellas capacidades en la que exista déficit para maximizar su independencia y su vuelta al domicilio. La recuperación funcional y mejora de su situación clínica son clave para el alta y una menor hospitalización futura.

En general, las principales funciones o tareas que desarrollan en un equipo de asistencia geriátrica son: valoración funcional; intervención específica; educación a la familia y al paciente; valoración del entorno y necesidades de adaptación o modificación; orientación en la prescripción de productos de apoyo; participación en las reuniones multidisciplinarias, y soporte al equipo asistencial. Comprender la situación actual del usuario y valorar las posibilidades de mejora en su desempeño, proporcionar actividades que sean acordes a su nivel actual según sus necesidades y recomendaciones en el momento del alta son otros objetivos que tienen en las unidades hospitalarias.

El mantenimiento de la actividad desde el momento de su ingreso es básico para la persona mayor. Su situación clínica puede depender de mantener o no la actividad siendo muy sensible a los cambios que se producen en el contexto.

Ya que la estancia del enfermo agudo suele ser muy corta en el hospital, el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta deben coordinarse con todo el equipo de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) para participar en la toma de decisiones a la hora de planificar el alta y decidir cuál será el entorno más adecuado para el paciente una vez estabilizado, en función de su estado clínico, funcional y cognitivo, así como de su soporte social. En este caso se busca la continuidad asistencial en el nivel adecuado.

El terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta deberán anticiparse a las necesidades de rehabilitación del enfermo para asegurarse de que, llegado el caso, siga recibi-

endo tratamiento rehabilitador una vez sea dado de alta del centro hospitalario (a domicilio, ingresado en centro de servicios sociales o ambulatoriamente).

6 Bibliografía

1. Rodríguez Martínez, M.C.; Toledano González, A., y Bermúdez Bayón, U. (2019). *Terapia Ocupacional en Geriátría*. Ed. Síntesis.
2. Corregidor, A. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Madrid.
3. Molina, P. D., & Tarrés, P. P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 3ª Ed. Masson.
4. Abizanda Soler, P. Rodríguez Mañas, L. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Barcelona: Elsevier; 2015.
5. Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez PM, Luengo P, Domínguez L y cols. La pérdida de funcionalidad al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42: 201-11.
6. M.A. Zelada et al.Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit *Arch Gerontol Geriatr* (2009).
7. J.I. González-Montalvo et al. Resultados asistenciales de las UGAs. Revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* (2007).
8. Baztán JJ, Suárez F, García FJ. Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SE-MEG, 2004.
9. González-Montalvo JI , Ramírez-Martín R, Menéndez Colino R, Alarcon T, Tarazona-Santalbina FJ, Martinez Velilla N et al. Geriátría transversal. Un reto asistencial para el siglo XXI. *Rev Rsp Geriatr Gerontol* 2020; 55: 84-97. doi: 10.1016/j.regg.2019.10.011.
10. Izquierdo M Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F et al.Multicomponent physical exercise program VIVIFRAIL. 2017. Retrieved from <http://www.vivifrail.com/images/recursos/VIVIFRAILENG-Interactivo.pdf>.
11. Roberts P, Wertheimer J, Park E, Nuño M, Riggs R. Identification of Functional Limitations and Discharge Destination in Patients With COVID-19. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021; 102: 351-358. doi: 10.1016/j.apmr.2020.11.005.
12. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Lucia A, Galbete A, García-Baztán A et al. Effect of Exercise Intervention

on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019; 179: 28-36. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4869. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2019; 179: 127.

Capítulo 715

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TÉCNICO SUPERIOR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y EL SÍNDROME DE LA FATIGA OCULAR

ANA MARIA DEL PUEBLO MOLINA

SOLEDAD DEL PUEBLO MOLINA

MARIA NIEVES GARCÍA SALMERÓN

1 Introducción

Es muy común el pensamiento de que las personas que trabajan en un despacho, en un mostrador o una oficina, al permanecer sentados, no tienen riesgos de sufrir daños físicos por la realización de su labor.

La categoría profesional que trabaja en centros hospitalarios de Auxiliar Administrativo, permanece en la misma postura durante su jornada laboral, frente a una pantalla de ordenador.

Es susceptible de sufrir el síndrome del túnel carpiano, trastornos músculo-esqueléticos como daños en la columna, los omóplatos, epicondilitis, lumbalgias, cervicalgias, molestias en el manguito rotador, etc.

Hay que añadirle que en algunos servicios, como en Urgencias, tratan de una forma directa con pacientes con enfermedades contagiosas que, aunque existen mamparas de separación, no sirven como protección al 100%.

Debido a la pandemia de la COVID-19, este trabajador ha sufrido una carga de trabajo muy elevada y un estrés por la situación, unido a la preocupación de no

saber si es positivo cada vez que termina su jornada laboral y acude a su entorno familiar, pudiendo contagiar a sus seres queridos.

Pero una de las afecciones más frecuentes que llega a sufrir y que a menudo pasa desapercibida es el síndrome de la fatiga visual, debido al uso continuo de monitores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la fatiga ocular en el 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 Síndrome de Fatiga Ocular o Astenopia, está reconocida como enfermedad profesional que conlleva los siguientes síntomas: picor, ardor, sequedad, lagrimeo, parpadeo repetitivo y persistente y dolor en los ojos, visión fragmentada o borrosa, dolores de cabeza, vértigos, dolores cervicales, náuseas, etc.

Está demostrado que el 90% de los trabajadores que permanecen frente a pantallas o monitores durante al menos 3 horas, sufren este tipo de dolencia. En muchos casos, esto está causado por una mala iluminación, por reflejos en los monitores y por una mala colocación del equipo informático que utiliza el trabajador.

Se puede pensar que no hay una forma de evitar esta dolencia, pero existe herramientas de prevención, aunque en la mayoría de los hospitales, tanto las gerencias como el servicio de Salud Laboral, no informan a los trabajadores a este respecto ni se preocupan de proporcionarle un entorno que evite la fatiga visual. Esto se puede prevenir con una iluminación adecuada del ambiente laboral, una postura ergonómica correcta, utilizando la regla de "20-20-20", en la que se recomienda, cada veinte minutos, hacer una pausa de veinte segundos sin mirar al

monitor. También, añadiendo filtros bloqueadores de la onda de luz azul y permanecer en una distancia adecuada del monitor.

Las sillas de altura regulable son una herramienta muy importante y cada trabajador debe adaptarla a su altura en su jornada laboral, ya que en muchos casos, el mismo puesto de trabajo lo ocupan distintas personas en un mismo día.

5 Discusión-Conclusión

La categoría profesional de Auxiliar Administrativo que trabaja en centros sanitarios, debería conocer los riesgos laborales a los que se enfrenta debido a su actividad. El síndrome de la Fatiga Ocular es muy desconocido y la mayoría de las personas que lo sufren, no son capaces de reconocer los síntomas.

Además, la mayoría de los entornos laborales no están adecuadamente preparados para evitar esta dolencia. Aunque está declarada como enfermedad profesional, el desconocimiento y la falta de conclusiones a las que se ha llegado en el ámbito de la investigación, hace que aumente de una forma considerable y a gran velocidad entre los trabajadores de esta categoría.

Capítulo 716

NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU USO POR PACIENTES, USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

ALEXIA QUIROGA FERNANDEZ

1 Introducción

Hoy en día la humanidad está siendo testigo del desarrollo de una nueva revolución, la denominada Revolución Digital. El comienzo de todo lo que en la actualidad se está viviendo en el campo tecnológico tendría su origen desde mediados del siglo pasado (1947-1948), con la invención del transistor, hasta la actualidad, con el desarrollo de dispositivos tecnológicos, como smartphones y tablets, y el avance en las conexiones empleadas por esos dispositivos para conectarse, como el empleo de la conexión 5G como último eslabón del desarrollo tecnológico hasta la fecha.

Como se indica, estos grandes avances han tenido lugar en un período de tiempo de apenas 70 años y han irrumpido de forma generalizada en la sociedad.

Su utilización está influenciando y provocando cambios en las sociedades. Por ejemplo, la utilización de redes sociales ha cambiado la forma de relacionarse que tienen los personales. En el entorno laboral la mayor revolución causada por las nuevas tecnologías sería la introducción del teletrabajo.

La irrupción de las nuevas tecnología en el sector sanitario ha conllevado cambios en la forma de relacionarse entre los profesionales y los usuarios. Hay una comunicación más directa mediante el empleo de los dispositivos electrónicos.

Por otro lado, gracias a las nuevas tecnología desaparecen las distancias y los tiempos en las comunicaciones, ya que conectan a personas a lo largo del planeta

en tiempo real, por lo que los profesionales sanitarios tienen mayor acceso a información y formación para una mejor realización de su trabajo.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Exponer los problemas que se pueden encontrar en la aplicación del uso de las nuevas tecnologías en el sector de la sanidad
- Explicar los beneficios del uso de las nuevas tecnologías en diferentes ámbitos 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

Las llamadas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), son los recursos y herramientas que se utilizan para el proceso, administración y distribución de la información a través de elementos tecnológicos como ordenadores, teléfonos móviles, televisores, etc.

Hoy en día un gran número de usuarios tienen acceso a estas tecnologías, por lo que su uso en el sistema sanitario está aumentando.

A pesar de la generalización del uso de estas tecnologías, hay un sector de la población, comprendido por las personas de más edad, que no se sabe utilizarlas correctamente, lo que les margina a la hora de disfrutar de ciertos servicios y ventajas al interactuar con el personal sanitario, como puede ser en el uso de videollamadas.

Otra desventaja en la implantación del uso de las nuevas tecnologías es el coste que implica la adquisición de los equipos tecnológicos y su renovación, ya que este es muy alto para la sanidad pública.

En ocasiones, la utilización de las nuevas tecnologías hace necesaria una formación por parte del personal de la salud para darles un uso adecuado, lo que hace

que aumente el gasto en financiación.

A pesar de lo anterior, según una encuesta de Accenture, España es uno de los países más digitalizados de Europa. El estudio muestra que en el año 2021 tan solo un 25% de la población no utilizó ninguna tecnología digital para realizar alguna gestión, lo que muestra un uso de las TIC cada vez más generalizado.

En el sector sanitario, las nuevas tecnologías permiten cuatro grandes líneas de actuación funcionales:

1-Sistema fiable de identificación de usuarios a través de la tarjeta sanitaria individual.

2-La información de los requisitos clínicos de usuarios y pacientes (Historia Clínica Digital).

3-Sistema que soporte y relacione entre sí todos los procesos que es necesario realizar para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (prescripción, visado, dispensación).

4-Mecanismos que ayuden a agilizar la actuación a los usuarios (telecita) y dispositivos de diagnósticos y tratamientos a distancia.

La utilización de las TIC pueden ayudar a mejorar la atención que se dispensa a los pacientes, al reducir los tiempos de gestión administrativa y documental de los expedientes, lo que ayuda a evitar el colapso sanitario.

5 Discusión-Conclusión

A través del uso de las TIC, la forma de comunicación entre el personal de los servicios de salud y el paciente o usuario ha ido cambiando y evolucionado a una mayor interacción entre ambos. Las nuevas tecnologías permiten una mayor rapidez en el intercambio de información, pero también conllevan un gasto económico tanto para los servicios de salud como para el usuario en la adquisición y actualización de los dispositivos.

Sin embargo, en la aplicación de las TIC habrá que poner una especial atención en el colectivo de las personas mayores, ya que algunas no saben manejarse en el entorno digital y la sociedad deberá tener como objetivo su integración en el acceso al mundo de la tecnología.

En el entorno profesional, las TIC han ayudado a la evolución en los diagnósticos, conectando a distintos profesionales a lo largo de diferentes puntos geográficos en tiempo real que les permite intercambiar información de forma inmediata y en la aplicación de una tecnología que permite hasta realizar intervenciones quirúrgicas desde la distancia, cosas que hace años serían impensables.

6 Bibliografía

- Revista Panam Salud Pública 2021 doi 10.26633/RPSP 2021.156
- Index Enfermería vol. 25 n° 1-2 2016
- Estrategia de Salud Digital. Sistema Nacional de Salud 2021
- De la evolución de los sistemas de información del sector de la salud OPS-OMS
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad
- Nuevas tecnologías nuevas organizaciones sanitarias Navarra vol. 42 2020.

Capítulo 717

TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN NIÑOS CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) son un conjunto de trastornos del desarrollo infantil que se manifiestan en los primeros años de vida y se caracterizan porque no aparecen algunos aspectos normales del desarrollo, presentando déficits en las áreas de comunicación y lenguaje, interacción y relación social e intereses restringidos y estereotipados. Existe una prevalencia en relación con el sexo, siendo mayor en varones.

Los nuevos criterios diagnósticos del DSM-V actualmente diferencian entre Trastorno Autista, Desintegrativo de la Infancia, Síndrome de Rett y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

La etiología es desconocida y no tiene una causa única. Aunque hay teorías que plantean la estrecha relación entre factores genéticos y neurobiológicos, también se contemplan como posibles factores de riesgo el bajo peso al nacer, la hipoxia y exposición a tabaco en el embarazo, al igual que las infecciones víricas durante el primer trimestre del embarazo.

En los últimos años, la investigación de los Trastornos Generalizados del Desarrollo se ha visto incrementada, lo que ha supuesto avances significativos en el conocimiento de los niños con estos trastornos. Es un trastorno del desarrollo que se manifiesta en el área de la conducta y la comunicación principalmente, aunque puede presentar retraso en el desarrollo de otras áreas.

En el desarrollo físico y mental de un niño con TGD, puede necesitar ayudas muy variadas y orientadas hacia la consecución de este desarrollo motor y del aprendizaje.

2 Objetivos

- Detectar las características más significativas que desarrollan estos niños para realizar la intervención desde el área de fisioterapia y terapia ocupacional.
- Revisar cómo se desarrolla el servicio de atención domiciliaria en España en los niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado 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, Scielo y Pedro, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras la lectura de los diferentes artículos encontrados en la literatura, observamos que la mayoría coinciden en que las características más significativas de los Trastornos Generalizados del Desarrollo son:

- Tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales y mantenerlas.

- Presentan déficit de respuesta hacia los demás (no fija la mirada, no responde besos, caricias).
- Manifiestan inflexibilidad respecto a los requerimientos de la vida social y escolar.
- Muestran conductas peculiares en relación con diferentes aspectos del ambiente: resistencia al cambio e interés o vínculos con ciertos objetos.
- Ofrecen mucho interés por ciertos temas y, sin embargo, muestran total indiferencia respecto a otros.
- A menudo parecen inocentes respecto a otros compañeros de la misma edad.
- Presentan gran capacidad de memoria que sobresale en el campo de sus intereses.
- Tienen dificultades para comprender las ironías, los dobles sentidos, etc.
- Dificultad en la percepción del cuerpo.

Otro de los objetivos del presente trabajo, es encontrar que documentación hay actualmente en España sobre la intervención a domicilio, ya que es una de las grandes demandas actuales de la sociedad y tiene unas características determinadas por el entorno en que se produce. Es mucha la información encontrada de otros países sobre este tipo de trabajo, pero en España queda mucho trabajo por delante.

Supone para el profesional una adaptación a las características físicas de este ámbito, diferente al espacio de una consulta o un aula, pero además, una integración con las relaciones sociales que allí se producen. Este tipo de intervención profundiza en el contexto de las necesidades de salud, incorporando y suministrando información y habilidades útiles para los sujetos y sus familias.

En la atención domiciliaria se realiza una valoración que tiene en cuenta no sólo el proceso patológico que sufre la persona ubicada en su domicilio sino, muy especialmente, el entorno donde vive y la posibilidad de desarrollar la máxima autonomía en dicho entorno y fuera de él. La figura del cuidador principal se integra en la valoración, pues su papel es de gran relevancia para facilitar una intervención continuada.

La atención domiciliaria en España no es un servicio público que se presente de forma generalizada, aunque el modelo de Atención Primaria insiste en la necesidad de ofrecer una atención integral y continuada, facilitando el acceso a los servicios tanto de terapia ocupacional como de fisioterapia.

Desde los años setenta se han ido creando en España diferentes alternativas que

intentan dar respuesta a esta necesidad social, empezando a proliferar los llamados centros o servicios de estimulación precoz. Dichos programas de tratamiento fueron enfocados a niños de alto riesgo ambiental, con influencia desfavorable en su entorno, así como a niños con otros factores de riesgo biológico (prematuros) o con un déficit establecido (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, etc.).

En la actualidad, los niños con alto riesgo en los que puede llegar a instaurarse una discapacidad, en general, son incluidos en los programas de prevención primaria. Esto ha mejorado la calidad de los servicios de Atención Temprana, pues implanta los tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.

A nivel estatal se presentan diversos escenarios que dependen de la normativa y presupuesto de cada comunidad autónoma. Para poder prestar unos servicios de Atención Temprana de calidad, es necesario regular este sector, establecer criterios comunes y promover el desarrollo legislativo de forma estatal.

En cuanto a la búsqueda de Programas públicos de atención domiciliaria para niños con discapacidad, no se contemplan muchos programas de este tipo específico. Se atiende a los niños en riesgo social con programas de tipo económico y, por otro lado, existen programas para atender las necesidades básicas de menores en familias con ingresos normalizados. Consiste en atender carencias de tipo social, educativo, habilidades de crianza, relaciones familiares, etc. Encontrando menos programas con respecto a la unión de la sanidad y la educación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura sobre dicho tema, llama la atención la diferencia entre España y el resto de otros países en la forma de tratar a los pacientes con este tipo de trastorno, por ello, considero que es muy importante una continuación en la investigación sobre este tema, abriendo nuevas vías de acceso y dando más conocimiento sobre este tema a la sociedad.

El actual modelo de intervención de las Prácticas Centradas en la Familia está cambiando la dinámica de los tratamientos que se dan a estos niños, ya que los profesionales se desplazan a los domicilios y a otros entornos naturales del niño para realizar sus intervenciones. Esto pone en marcha una mejor coordinación entre los diferentes servicios y contextos en los que desarrollan su día a día para mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

No obstante, son niños que necesitan apoyos e intervenciones a largo plazo, por

lo que la mayoría de las familias, combinan las intervenciones para estos niños en los Centros de Atención Temprana con terapias de manera privada, ya que los servicios públicos no llegan a cubrir sus necesidades.

6 Bibliografía

1. Escoria Mora, C. T., Rodríguez García, L. Prácticas de Atención Temprana Centradas en la Familia y en Entornos Naturales. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2019.
2. Libro Blanco de la Atención Temprana [Internet]. 3rd ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2005. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>.
3. Canais, J. C. Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. Scielo, 5. 2014.
4. Vithas Hospital Virgen del Mar U. Asociación Interprofesional de Profesionales de Atención Temprana de Andalucía [Internet]. Atenciontemprana-atai.es. 2017. Disponible en: <http://www.atenciontemprana-atai.es/>
5. Mariaca Henao C, Berbesi Fernández DY. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. CES Salud Pública. 2013; 4 (1): 4-11.
6. Robles Bello MA, Sánchez Teruel D. Atención infantil Temprana en España. Papeles del Psicólogo. 2013; 34 (2): 132-143.
7. Perera J. Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. Rev. Síndrome de Down. 2011; 28 (111): 140-152.
8. Millá Romero MG, Mulas F. Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. 1ª ed. Valencia: Promolibro; 2005.
9. Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos. Real Decreto 620/1981 de 5 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº 82, (6 de abril de 1981). 7. Giné C, Gràcia M, Vilaseca R, García Díe MT. Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. Infancia y Aprendizaje. 2006; 29 (3): 297-313.
10. Castellanos Brazález P, García Sánchez FA, Mendieta García P, Gómez Pérez L, Rico Mira MD. Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de atención temprana. Siglo Cero. 2003; 34 (3): 5-18.
11. Domínguez Jiménez I, Calvo Arenillas JI. Terapia Ocupacional y su papel en atención temprana: revisión sistemática. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2015; 12 (21): [22p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision3.pdf>

12. Cabrerizo de Diago R, López Pisón P, Navarro Callau L. La realidad actual de la Atención Temprana en España. 2ª ed. Madrid: POLIBEA; 2011.
13. Arce-Chavarría E. Dando vida me doy vida: Una experiencia de investigación acción con familias. Revista Electrónica Educare [revista en Internet] 2015; 19 (1): 221-239. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.12>

Capítulo 718

ICTUS Y SÍNDROME POSTCAÍDA. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA. CASO CLÍNICO

ANA BELÉN DÍAZ RODENAS

NIEVES TÉLLEZ GÓMEZ

DANIEL CARRERO GARCÍA-MINGUILLÁN

VIRGINIA PÉREZ BRAVO

RAQUEL NAVARRO PONCE

1 Introducción

El accidente cerebrovascular o ictus es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente. Es producido por la interrupción de forma súbita del aporte sanguíneo de alguna región del cerebro, provocando un déficit neurológico. Se pueden clasificar en dos grupos:

- Isquémicos u oclusivos: Se produce una obstrucción del paso de sangre al cerebro. Se suele producir por la existencia de placas de ateroma o la llegada de un trombo de otra zona del organismo.
- Hemorrágicos: Se produce la rotura de una arteria cerebral (por aneurisma, hipertensión arterial...)

Existe un cuadro clínico que comienza igual que el ACV, pero que se resuelve dentro de las primeras 24 horas sin dejar secuelas: Accidente isquémico transitorio.

Es una de las causas más importantes de incapacidad permanente del adulto y la segunda causa de muerte (la primera en mujeres). Además, puede provocar secuelas que afecten de manera importante la calidad de vida.

Los ictus pueden cursar con trastornos motores, de percepción, sensitivos, cognitivos, de la comunicación y psicológicos

El Síndrome Postcaída es el conjunto de consecuencias a corto y largo plazo producidas tras el hecho físico de la caída, dentro de la esfera psíquica, en el ámbito de las cogniciones y emociones, que provocan conductas y actitudes con resultado de restricción o disminución de las actividades físicas y sociales.

Se caracteriza por:

- Inmovilidad auto-protectora: alteración en la movilidad que puede conducir a una dependencia del entorno con pérdida de la capacidad para llevar a cabo sus actividades básicas e instrumentales cotidianas si no se remedia. Esta inmovilidad se produce como resultado a la caída, dolor y lesiones físicas, miedo y ansiedad de volver a caer, sobreprotección del entorno, etc.
- Pérdida de la autoestima y confianza en las propias capacidades personales con miedo intenso a volver a caer: como resultado, el sujeto se torna más introvertido, se retrae y modifica sus hábitos previos, además de sus propias expectativas vitales y, en general, su actitud ante el futuro y su entorno.

La pronta intervención en ambas patologías es de suma importancia para evitar pérdida de autonomía y mantener la calidad de vida.

2 Objetivos

- Mostrar la intervención llevada a cabo en un caso clínico de ictus con síndrome postcaída desde terapia ocupacional y fisioterapia en la Unidad de Recuperación Funcional del hospital.

3 Caso clínico

M.G.G. es una mujer de 84 años que ingresó en la Unidad Geriátrica de Agudos del hospital. El motivo de ingreso fue el siguiente:

- Probable Ictus isquémico (no se aprecia en TAC) que cursa con disartria; parálisis facial izquierda e imposibilidad para la bipedestación.
- Traumatismo Cráneo-Encefálico (TCE) secundario a caída: Hematoma subgaleal témporo-parietal derecho.
- Rabdomielisis secundaria sin fracaso renal.
- Posible Accidente Isquémico Transitorio (A. I. T.) aproximadamente hace un mes.
- TAC: hematoma subgaleal temporo-parietal derecho. Atrofia cortical difusa. Infartos lacunares en ganglios basales bilaterales (lesiones en sustancia blanca y hemisferio cerebeloso izquierdo inespecífico).
- Previos: DM 2; Mastectomía radial derecha (libre de enfermedad en el momento actual).

La situación basal de M.G.G era la siguiente: previa al ingreso vivía sola con apoyo familiar (hija). Deambulaba con bastón. Katz B (baño); I. Barthel 90. Sin deterioro cognitivo.

La familia se la encontró en el suelo por la mañana con lenguaje estropajoso y dificultad para la bipedestación (no recordaba la caída), motivo por el cual fue remitida a urgencias. Negaba dolor torácico y otra sintomatología.

1. VALORACIÓN INICIAL:

Se ha realizado una valoración inicial revisando los informes médicos, entrevista con la paciente y familia y mediante observación:

Paciente orientada. Comprende y responde a órdenes sencillas y complejas. Movilizaciones pasivas y activas de Miembros Superiores (MMSS) y Miembros Inferiores (MMII): Movilidad global conservada aunque tiene limitada la flexión de hombros (aprox. 100°). Realiza volteos en la cama. Pasos de decúbito a sedestación (SDT) con ayuda.

Equilibrio en SDT: lateralización hacia la derecha.

Paso a Bipedestación (BPD): inestable debido a la retropulsión que presenta.

Disartria con lenguaje inteligible.

Presenta mucho miedo a la movilidad, sobre todo al paso de SDT a BPD y la deambulación (lo que le impide la independencia funcional): "SÍNDROME POST-CAÍDA".

También se han utilizado los siguientes instrumentos de evaluación para valorar su situación funcional, cognitiva y social previamente al ingreso y en el momento en el que se encontraba ingresada, obteniendo las siguientes puntuaciones:

☑ Evaluación previa al ingreso en Unidad Geriátrica de Agudos (U.G.A.):

- Escala BERMA: 76
- Índice de Barthel: 95.
- Índice de Katz : B.
- Funcional Ambulation Classification de Holden (FAC) : 4.

☒ Evaluación al ingreso en U.G.A.:

- Índice de Barthel: 25.
- Índice de Katz: F.
- Funcional Ambulation Classification de Holden (FAC): 0.
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeifer): 2 errores (sin deterioro cognitivo).

Dos días después del ingreso en la U.G.A. comenzó con los tratamientos de terapia ocupacional y fisioterapia. En base a los resultados, tres días más tarde desde el comienzo del tratamiento rehabilitador con terapia ocupacional y fisioterapia, la paciente fue remitida a la Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) en la que continuó su ingreso para seguir con la rehabilitación y mejorar su estado funcional de cara al alta.

2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Se ha intervenido en la recuperación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), tomando como Marcos de Referencia:

- M.R. del Neurodesarrollo.
- M.R. Biomecánico.
- Modelo del Desempeño Ocupacional (MDO).
- Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (MCDO).

En esta paciente, las ABVD se habían restringido debido al intenso miedo que ésta presentaba a volver a caer. Dado que las conductas problema que la paciente presentaba debido al síndrome postcaída eran:

- Conductas de evitación, como tendencia a la inmovilidad, negación parcial a la deambulaci3n, quejas psicosomáticas variadas, negativa a utilizar dispositivos de ayuda, etc.
- Alteraciones cognitivas como ansiedad anticipatoria, evaluaci3n negativa de los propios recursos, distorsi3n de síntomas somáticos, evitaci3n, etc.

Se intervino en la mejora de su estado físico y anímico (trabajando con la paciente y la familia) reeducando las respuestas de ansiedad, disminuyendo las elaboraciones cognitivas y eliminando las conductas de evitaci3n.

2.1. OBJETIVOS:

2.1.1. Objetivos generales:

- ☒ Conseguir autonomía en la alimentación, el vestido y el aseo personal.
- ☒ Recuperar la independencia para la movilidad funcional en las transferencias, la cama y la deambulación.
- ☒ Lograr la autonomía en el uso del inodoro.
- ☒ Fortalecer la musculatura orolingüofacial.

2.1.2. Objetivos específicos:

ALIMENTACIÓN:

- Mantener una postura adecuada en sedestación para las comidas.
- Utilizar correctamente los cubiertos.
- Mover y posicionar la extremidad superior de forma adecuada para coger la comida y llevarla a la boca.

VESTIDO:

- Preparar la ropa a utilizar.
- Quitar y colocarse las prendas de vestir adecuadamente.
- Poner el calzado evitando una excesiva flexión de columna.

ASEO PERSONAL:

- Mantener el equilibrio en bipedestación para un correcto aseo de manos, cara, peinado,...
- Conservar la orientación sobre la secuencia a seguir para su aseo.

MOVILIDAD FUNCIONAL:

- Recuperar la movilidad funcional que presentaba previamente.
- Reeducar la movilidad en la cama, el paso de SDT a BPD y las transferencias.
- Alcanzar una deambulación autónoma con el uso del bastón.
- Minimizar el miedo a caerse y aumentar su autoestima.

USO DEL INODORO:

- Bajar y colocarse la ropa correctamente y de forma autónoma.
- Limpieza de los genitales tras el uso del inodoro.
- Reeducar la sedestación y bipedestación en uso del inodoro.

MOVILIDAD DE LA MUSCULATURA OROLINGÜOFACIAL:

- Mejorar la producción del habla.
- Evitar que se atragante durante las comidas.

2.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS:

☑ Se ha ayudado a M.G.G a recuperar la confianza en sus habilidades para alcanzar una movilidad segura e independiente que garantice su autonomía, con el menor riesgo de accidentes posibles.

☑ Se le ha explicado a la paciente que la caída se debió a una causa específica (Ictus) y que ello no implica que continúe cayéndose siempre, hecho que le impedía seguir realizando sus actividades a pesar de mantener las capacidades para realizarlas.

☑ Se le ha advertido de las complicaciones físicas y psíquicas que conlleva no seguir el tratamiento y que el miedo y la negación a deambular no mejoraban su situación sino todo lo contrario.

☑ Relajación respiratoria: se ha utilizado esta técnica con el fin de que M.G.G. disminuyese y afrontase la ansiedad que la situación le producía.

☑ Distracción cognitiva: se ha usado como respuesta a su ansiedad, utilizando expresiones de humor y preguntándole acerca de hechos presentes y pasados, de tal forma que mientras la paciente nos contaba su historia, inhibía su ansiedad e iba superando las situaciones temidas de forma progresiva.

☑ Refuerzos positivos: se ha reforzado a la paciente verbalmente y haciéndole ver que posee las capacidades y competencias necesarias para realizar las actividades sin necesidad de volver a caer.

2.3. ACTIVIDADES REALIZADAS:

2.3.1. Alimentación: ya que tras el ingreso M.G.G. no realizaba esta actividad de forma independiente (inventaba excusas como temblores y dolor), se explicó a la familia y paciente que comenzaría a comer sola, pues no presentaba ningún impedimento para ello.

Se ha aprovechado el horario de la comida (13:00h) para visitarla y supervisar su conducta.

2.3.2. Vestido: se ha utilizado la habitación del hospital para ello. se le pidió a la familia que trajese ropa de M.G.G. y se le ha indicado que se vista y posteriormente se vuelva a desvestir.

Se ha observado si prepara las prendas de vestir, las coloca adecuadamente y se las pone bien o necesita alguna ayuda.

2.3.3. Aseo personal y uso del inodoro: se ha aprovechado que la paciente se encontraba en bipedestación para deambular hasta el baño de la habitación. Puesto que M.G.G. era continente y, aunque en el hospital usaba pañal, evitaba depositar en él, por lo que el hecho de ir al inodoro es algo que le motivaba bastante.

Se le ha acompañado al aseo para supervisarla y darle las indicaciones que fuesen

necesarias. Se observó si realizaba una limpieza adecuada e independiente tras el uso del inodoro.

Posteriormente, se le acompañó al lavabo para que realizase su aseo personal y se le apoyó en las dificultades que presentaba.

2.3.4. Movilidad funcional: se ha utilizado la distracción cognitiva para el paso de SDT a BPD y la marcha, ya que M.G.G. se negaba a realizarlo utilizando frase como “no puedo”, “Me voy a volver a caer”, etc.

Al principio lo realizaba con nuestra ayuda, que progresivamente fuimos retirando. Primero se ha usado el andador y la ayuda de una persona, posteriormente se ha pasado a utilizar el bastón ayudada por nosotras y finalmente realizaba una marcha autónoma con el bastón, el cual se ha mantenido puesto que M.G.G. ya lo usaba anteriormente y le daba seguridad en la deambulación.

Se ha aumentado la cantidad de recorrido progresivamente, intercalando periodos de descanso para que no se fatigase. También se ha practicado la relajación respiratoria para disminuir la ansiedad que le causaba la actividad.

2.3.5. Movilidad de la musculatura orolingüofacial:

Se ha indicado a M.G.G. y a la familia la realización de ejercicios de gesticulación y pronunciación como los siguientes:

- Fruncir los labios y separarlos como para dar besos.
- Soplar.
- Inflar los carrillos con los labios cerrados para hacer fuerza de prensión en ellos.
- Abrir la boca.
- sacar la lengua y moverla dentro y fuera de la boca, realizando movimientos hacia la izquierda, la derecha, arriba y abajo.
- Hablar despacio y vocalizando mucho.

2.4. DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El contexto utilizado para llevar a cabo el desarrollo del programa de intervención y las actividades fue la habitación del hospital en la que se encontraba ingresada M.G., y el baño que se encontraba en la misma. Para la actividad de la marcha se ha usado también el pasillo de la unidad. Se han utilizado las escaleras de acceso a las demás plantas del hospital para trabajar la independencia en su uso.

El tiempo de aplicación del programa inicialmente se planteaba para dos o tres semanas de aplicación en la URF, aunque dependía de la evolución de la paciente. El horario de aplicación del programa osciló de media a una hora cada día, exceptuando los fines de semana (no hay servicio de terapia ocupacional ni de fisioterapia). Cada día se ha ido a su habitación para continuar el seguimiento y la

aplicación del programa.

Se ha registrado la información en las “hojas de seguimiento” (indicando la fecha, tratamiento y resultados que se ha ido obteniendo).

3. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA Y EVALUACIÓN FINAL.

Previamente al ingreso, M.G.G. tenía un I. Barthel de 95 y un I. Katz de B (era independiente en todas las funciones excepto para el baño). Presentaba un FAC de 4 ya que, tenía una marcha independiente en áreas llanas pero necesitaba supervisión para subir y bajar escaleras.

En el ingreso en la URF la paciente tenía un I. Barthel de 30, siendo independiente en la deposición y la micción (era continente) y necesitaba gran ayuda para los traslados y la deambulaci3n. El I.Katz de F, indicaba que era independiente solamente en la continencia. Presentaba un FAC de 1 puesto que M.G.G. no caminaba debido al intenso miedo que le producía y cuando caminaba, necesitaba la ayuda física de dos personas y aún así, no se mantenía segura (síndrome postcaída). La escala TINETTI, a su ingreso en URF, mostraba unos resultados de 3/12 en la marcha y 1/16 en el equilibrio (puntuaci3n total 4/28). El NIH stroke scale tenía una puntuaci3n de 2, ya que, presentaba parálisis facial menor y disartria ligera.

Los objetivos de tratamiento se establecieron en funci3n de los resultados obtenidos en la evaluaci3n previa al ingreso en la UGA y en el momento en el que se encontraba ingresada en la UGA. Puesto que la paciente no presentaba deterioro cognitivo, no se ha intervenido en esa funci3n.

Los resultados obtenidos al alta se refieren a una semana de tratamiento una vez ingresada en la URF, ya que M.G.G. fue dada de alta, en contra de nuestro criterio, debido a que la paciente fue enviada a una estancia temporal en residencia. Por lo tanto, no se ha podido completar el programa de intervenci3n y algunos de sus aspectos y objetivos no se han conseguido de forma íntegra.

Nuestra intervenci3n estaba dirigida a alcanzar el nivel basal de funcionalidad de M.G.G. previo al ictus o a mejorarlo.

Durante la semana de intervenci3n en URF, M.G.G. ha mejorado su funcionalidad en las AVDB, la marcha y equilibrio respecto al grado de dependencia que presentaba al ingreso, aunque debido a la interrupci3n del tratamiento por el alta de M.G.G. no se han completado todos los objetivos.

Si M.G.G. hubiera seguido ingresada en la URF, sospechamos que habría mejorado y alcanzado un nivel superior de independencia y funcionalidad autónoma, e incluso conseguiría llegar al nivel previo al ingreso, pues en una semana ha

mejorado mucho y se reflejaba en los resultados de la evaluación.

Al alta de la paciente de la Unidad de Rehabilitación Funcional, presenta:

☒ I. Barthel de 65: es independiente par el vestido, el aseo personal, la deposición y micción. Dependiente para el baño y las escaleras. Necesita ayuda para cortar los alimentos, el uso del retrete, los traslados y la deambulaci3n.

☒ I. Katz E: dependiente para el ba1o y para levantarse de la cama; recibe ayuda para coger la ropa, para ir al WC y para cortar los alimentos.

☒ FAC 2: Marcha dependiente –nivel II-; necesita una ligera ayuda.

☒ TINETTI 12/28: vacila al inicio de la marcha, no llega a sobrepasar un pie al otro en el paso pero si los separa del suelo. La longitud de los pasos parece igual aunque sigue realizando paradas entre los pasos; necesita m3nima ayuda para mantener la trayectoria; flexiona las rodillas y la espalda al caminar y mantiene los talones casi juntos al caminar.

Respecto al equilibrio, se mantiene segura sentada; es capaz de levantarse usando los brazos para ayudarse; es capaz de levantarse realizando m3s de un intento; en bipedestaci3n se mantiene estable pero usa el bast3n o se agarra para mantenerse; es inestable en bipedestaci3n con los ojos cerrados y empieza a caerse si la empujamos suavemente; realiza un giro de 360° con pasos discontinuos y de forma inestable; no se sienta de forma brusca y usa los brazos para ello.

☒ RANKIN modificada 4: discapacidad moderadamente severa (incapacidad de andar y atender satisfactoriamente sus necesidades corporales sin ayuda).

☒ NIH 2: igual que al ingreso en URF, pero la par3lisis ha remitido y tiene un lenguaje m3s inteligible.

Las dificultades que presentaba la paciente respecto a la autonom3a en las actividades b3sicas de la vida diaria, eran debidas al s3ndrome postca3da, lo que le imped3a realizar sus actividades debido al gran miedo que presentaba por volver a caerse. Este hecho, la hac3a m3s inestable en el mantenimiento del equilibrio y la bloqueaba para moverse, neg3ndose en todo momento a realizar las actividades o a percibir, por su parte, que no manten3a las habilidades necesarias para llevar a cabo sus tareas.

El alta prematura de M.G.G., ha impedido completar la intervenci3n de Terapia Ocupacional y fisioterapia con ella, por lo que, no se han podido lograr los objetivos marcados.

Se ha considerado conveniente que la paciente continuase con el tratamiento de Terapia Ocupacional y fisioterapia durante su estancia temporal en la Residencia, ya que de lo contrario, perder3a lo conseguido en la URF y se volver3a totalmente

dependiente en las AVDB.

Se ha realizado informe del tratamiento realizado para su continuidad en la Residencia.

4 Discusión-Conclusión

La intervención desde terapia ocupacional y fisioterapia durante la hospitalización en pacientes con ictus, síndrome postcaída u otras patologías que conlleven un deterioro funcional, se orienta a mantener o conservar la autonomía y rehabilitar aquellas capacidades en la que exista déficit para maximizar su independencia y su vuelta al domicilio.

Las Unidades de Recuperación Funcional se reservan para pacientes en los que se observa que puede haber una mejoría o recuperación que incidirá directamente en la autonomía de la persona de cara al alta en un corto período de tiempo con el tratamiento rehabilitador durante el ingreso.

El mantenimiento de la actividad y la independencia en las tareas cotidianas, en lo posible, desde el momento del ingreso y una vez superada la fase aguda, es básico para la persona, pues repercutirá también en su situación clínica.

Por todo ello, la intervención desde el departamento de fisioterapia y terapia ocupacional en coordinación con el resto del equipo es clave para conseguir retomar la movilidad e iniciar la recuperación y/o adaptación de las actividades de la vida diaria durante el ingreso y de cara al alta para mantener la independencia de la persona.

5 Bibliografía

1. Polonio, B., Durante, P., Noya, B. (2001). Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional. Madrid: editorial Panamericana.
2. Polonio B, Romero D. M^a Terapia Ocupacional Aplicada al daño cerebral adquirido. 2010. Ed. Médica Panamericana.
3. Organización mundial de la salud (2001), Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).
4. Crepeau, E., Cohn, E. , Schell, B (2011). (11^a Ed). Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Editorial Medical Panamericana
5. Chapinal, A. (2005). Rehabilitación en hemiplejía, Ataxia, traumatismo craneoencefálicos y en las involuciones del anciano (2^aEd), editor : Elsevier Masson.

6. Polonio, B. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
7. 3. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, Fuentes B, Fernández-Pérez C, Abilleira S: Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Rev. Neurol* 2008, 47 (12): 617-623.
8. Arrazola A, Beguiristain JM, Garitano B, Mar J, Elizalde B: Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses. *Rev. Neurol* 2005, 40: 326-30.
9. Flórez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en paciente con ictus. *Rehabilitación* 2000; 34:5-11
10. Lage I, Braga F, Almendra M, Meneses F, Teixeira L, Araujo O. Caídas en personas mayores que viven solas: el papel de los factores individuales, sociales y medioambientales. *Enferm Clin.* 2022;32(6):396-404.
11. Silva J., Partezani R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm Univ.* 2018;16(1):31-40.
12. Garrido I, Rodríguez-Martínez M, Binotto M. Terapia Ocupacional en la prevención de caídas de personas mayores: aplicación de las medidas de seguridad en el domicilio. Una revisión sistemática. *TOG.* 2017;14(25):232- 45.
13. Rodríguez M. Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Rev Medica Costa Rica Y Centroam* [Internet]. 2015;(617):807-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
14. Silva J, Coelho S, Pereira T, Marques S. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(5):1- 9.
15. Alcolea-Ruiz N, Alcolea-Ruiz S, Esteban-Paredes F, Beamud-Lagos M, VillarE-spejo MT, Pérez-Rivas FJ. Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad. *Aten Primaria.* 2021;53(2021):1-8.

Capítulo 719

EL PAPEL DE LOS CELADORES EN LOS PROGRAMAS CULTURALES DE LOS HOSPITALES

M^a DEL CARMEN MUÑOZ COBOS

LUIS ANGEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

JUAN ANTONIO NIEBLAS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Para interactuar efectivamente con el usuario o paciente que llega al centro de salud, los empleados del campo de la salud deben poseer una serie de capacidades a nivel de habilidades sociales y comunicativas. De esta forma, cuando un ciudadano llegue a las instalaciones será recibido por miembros del personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Por tanto, estos profesionales deben comprender las características que presentan la mayoría de las personas, como enfermedad, dolor, incertidumbre, inquietud, ansiedad y miedo. Por lo tanto, estos trabajadores deben mantener una conducta amigable, confiada y serena. El paciente y sus acompañantes suelen encontrar confusos los procedimientos médicos. El auxiliar de enfermería y el celador serán los encargados de explicar en términos claros y sencillos y brindar las instrucciones necesarias si fuera necesario.

En el área de la salud, es una actitud mental, afectiva y moral que incentiva al personal de un centro de salud a tener en cuenta modelos mentales, estados emocionales, estilo de comunicación y conducta ante la intervención frente a un paciente que va a proceder a su hospitalización o realizar una prueba diagnóstica o

terapéutica. En este sentido, los programas culturales suponen una herramienta y un recurso esencial en los casos mencionados. En ellos participarán, de manera multidisciplinar, numerosos profesionales sanitarios y no sanitarios.

2 Objetivos

Analizar el papel de los celadores en los programas culturales de los hospitales, así como los beneficios de esta práctica.

3 Metodología

Con el fin de recopilar artículos actualizados sobre el tema de estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diversas bases de datos como fuentes científicas, como Pubmed, Scielo o Google Scholar. Los resultados de la búsqueda se examinaron en busca de términos relacionados con el tema de la obra y las fechas se limitaron a los 20 años anteriores.

4 Resultados

Un objetivo importante en el sector de la salud es la humanización de la atención médica, y los celadores pueden hacer una contribución inusual a este objetivo fomentando programas culturales. Estos miembros del personal podrían recibir capacitación para planificar y dirigir actividades artísticas y culturales como actuaciones, lecturas y talleres en el centro médico.

La integración de programas culturales en el entorno hospitalario tiene muchas ventajas. Por un lado, puede proporcionar una experiencia novedosa y gratificante tanto para los pacientes como para el personal, reduciendo el estrés relacionado con la hospitalización. El equipo médico y los pacientes, por otro lado, pueden sentirse más unidos y, como resultado, generar un sentido de comunidad. Estos eventos culturales también pueden ayudar a la salud mental y emocional de los pacientes al ofrecer entretenimiento y distracción mientras se recuperan. Los directores que actúan como facilitadores del programa pueden ayudar enormemente a promover un entorno hospitalario más compasivo y acogedor. Como resultado, se sentirán satisfechos con la atención recibida y tendrán más confianza para afrontar otros procesos de salud adyacentes. Esto es lo que se conoce como recibir una atención humanizada, cercana y adaptada a las necesidades específicas de la persona. Así pues, podemos decir que el sistema nacional de salud debe

adaptarse progresivamente a un desarrollo más individualizado y humanizado de sus servicios, basado en la moral y el respeto a los derechos del paciente y de su familia. Será crucial concentrarse en el individuo, sus cualidades únicas, mantener una visión integral y brindar asistencia. Los programas culturales apoyan dicha visión. Los celadores ejercerán un rol fundamental en su constitución y desarrollo, interviniendo de una manera multidisciplinar con sus compañeros sanitarios y no sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el entorno sanitario debe regirse por una visión integradora y humanizadora. Para garantizar que todos los profesionales incorporen esta visión en sus respectivos entornos laborales, es fundamental examinar y analizar cuidadosamente las normas y procedimientos utilizados en los centros de salud. El papel del celador en los programas culturales del hospital incide, directamente, sobre este propósito, al abordar preocupaciones y necesidades reales a todos los niveles: afectivo, social, individual. Colaborarán activamente con otros profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, con el fin de llevar a buen puerto dichos programas y que los mismos reviertan en beneficios contrastables sobre el paciente.

6 Bibliografía

- Andrade, M. A. P. (2000). Cultura, juventud, identidad.: Una mirada socioantropológica del Programa Cultural en Barrios. ESEditora.
- Lagoueyte Gómez, M. I. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 47(2), 209-213.
- Pardo Mora, Y. Y., & González Ballesteros, M. M. (2007). Espacio y territorio en la práctica de enfermería comunitaria. Aquichan, 7(2), 189-198.

Capítulo 720

EL CELADOR Y LA APLICACIÓN DE ENEMAS

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

JUANI NAHARRO MILLA

ISABEL MARIA GROMADA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

1 Introducción

Los enemas son utilizados con diferentes finalidades , uno de ellos los llamados enemas evacuantes o también de limpieza se utilizan para limpiar el recto y el colon y con ello estimular el intestino y así ayudar a eliminar las heces, éste común, también hay otros enemas que tienen otras finalidad los cuales vamos a mencionar a continuacion:

- 1-De retención. Su principio activo es destruir gérmenes y bacterias.
- 2-Enema emoliente. Hace desaparecer determinados parásitos del intestino.
- 3-Enema medicamentoso. Su función es administrar fármacos como son antiinflamatorios, antibiótico, sedantes, anestésicos y analgésicos.
- 4-Enema opaco. Su uso es común para exámenes radiológicos del intestino.
- 5-Enema antihelmático. Su función es hacer desaparecer ciertos parásitos del intestino.

6-Lavativa de Harris o enema carminativo. Se utiliza para expulsar gases intestinales.

7-Enema de Murpty. También goteo de Murpty, su uso se parece a una infusión por goteo de medicamentos por vía intravenosa que se hace por conteo de gotas por minuto.

Los motivos en los que debemos administrar edemas son los siguientes;

1-Peritonitis.

2-Cirugía abdominal.

3-Apendicitis.

4-Trauma abdominal reciente.

En los hospitales, en geriátricos y áreas sanitarias es muy normal la utilización de enemas ya que el estreñimiento está muy al día ya que es uno de los trastornos más normales sobretodo en ancianos y encamados ya que se considera que hay estreñimiento cuando se producen menos de tres deposiciones al día.

La función del celador es la de ayudar o colaborar con el/la auxiliar de enfermería para la movilización del paciente en el momento de administrar el edema y también será de auxilio para la limpieza del paciente si procede.

2 Objetivos

El objetivo principal es definir de forma clara el concepto de enema.

Para qué sirve el enema y sus funciones, también conocer los tipos de enemas y su composición.

También estudiaremos en qué ocasiones hay que utilizar el enema y en cuáles no.

Además de explicar la función del celador.

3 Metodología

Hemos procedido a una revisión de toda la bibliografía de temas sanitarios en internet, en foros de celadores, portales de farmacia para recopilar la información de como es un enema comercial y sus consecuencias, también en foros de celadores y de toda la información que hemos analizado detenidamente hemos extraído asertivamente la que hemos considerado que es mejor para la realización de el capítulo.

4 Resultados

En los resultados tendremos en cuenta un caso clínico.

Hombre de unos 84 años llamado David que está hospitalizada por operación vascular, está en cama 10 día y tres de ellos sin hacer ninguna deposición, por lo tanto el/la auxiliar de enfermería con la ayuda y auxilio del celador deben de ponerle un enema.

En un principio se le informa al paciente David de el procedimiento que se le va a realizar, a continuación se lavan las manos ambos auxiliar y celador y luego se colocan los guantes de un solo uso. Deben de colocar al paciente en posición Sims, que es decúbito lateral izquierdo, a continuación se le introduce el enema de limpieza y se le va administrando la sustancia poco a poco para que el paciente lo tolere sin molestia alguna, seguidamente se quita el enema despacio, una vez introducido la solución del enema lo debe de retener el paciente unos 10 minutos, acto seguido se le coloca al paciente una cuña para proceder a la evacuación de las heces, en este proceso el celador ayuda a sujetar al paciente y la auxiliar de enfermería realizará el aseo, después ya terminado el trabajo o tarea se quitan los guantes y se lavarán las manos.

La sustancia que lleva el enema es el fosfato sódico, aunque otros enemas según el contenido de la disolución y pueden ser:

De agua jabonosa, que está formado por agua tibia y jabón, se usa para la dilatación del intestino y estimular el peristaltismo y así formar el movimiento de las heces.

Salino, formado por agua tibia y una porción de sal a determinar, y su función es igual que el anterior.

Comercial desechables, son soluciones hipertónicas que irritan la mucosa intestinal, y su misión es la misma que los anteriores, pero estos enemas comerciales vendidos habitualmente en farmacias, su abuso de ellos puede llegar a irritar el colon.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión o discusión de todo lo estudiado con el material que hemos recopilado que el enema hay que retenerlo uno 30 minutos, y también que hay distintos tipos de enemas.

Cuando ponemos un enema de suero salino o cualquiera de sus formas, le queda un descanso que es sintomático a la hora de defecar. El enema es un tratamiento que se tolera muy bien en elevado número de pacientes. El enema no tiene efectos

secundarios y es aceptado también en niños.

El objetivo del enema es el de aliviar el estreñimiento, estimular el intestino.

Limpiar el colon y el recto.

A la hora de administrar un enema debemos de tener unas precauciones que son:

1-De vemos extraer el aire

2- Debemos introducir bien la sonda rectal.

3-Hay que administrar el enema a una temperatura adecuada.

4- Tenemos que evitar la entrada d aire al recto.

6 Bibliografía

Enfermeriabuenossaires.com. com

Opositatest/blog.opositatest.com.

Medlineplus.gov .

Capítulo 721

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

ISABEL MARIA GROMADA

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

JUANI NAHARRO MILLA

1 Introducción

En este capítulo hablaremos sobre qué es un animalario, la finalidad y condiciones del mismo y sobre todo de las funciones del personal celador en dicho ámbito, para ello tendremos en cuenta la siguiente legislación sobre el tema:

RD 1201/2005, DE 10 DE OCTUBRE, SOBRE PROTECCIÓN DE LOS ANIMALES UTILIZADOS PARA LA EXPERIMENTACIÓN Y OTROS FINES CIENTÍFICOS.

LEY 5/1995, DE 21 DE JUNIO, DE PROTECCIÓN DE LOS ANIMALES UTILIZADOS PARA LA EXPERIMENTACIÓN Y PARA OTRAS FINALIDADES CIENTÍFICAS.

RD 53/2013, DE 1 DE FEBRERO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS BÁSICAS APLICABLES PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ANIMALES UTILIZADOS EN EXPERIMENTACION Y OTROS FINES CIENTÍFICOS, INCLUYENDO LA DOCENCIA.

ANIMALARIO: Es la dependencia del hospital donde se realizan experimentos con animales. El número de animales utilizados se reducirá al mínimo siempre que ello no repercuta negativamente en los objetivos del proyecto. Se utilizarán

formas alternativas siempre que sea posible, no se les causará daño, dolor o sufrimiento innecesario. También tendrán los cuidados que necesiten y sean los adecuados a su especie.

ANIMALES QUE PODEMOS ENCONTRAR: Ratones, cobayas, ovejas, conejos, ratas de laboratorio y hámsteres entre otros.

ESTRUCTURA DEL ANIMALARIO:

Zonas administrativas

Zona Sucia: donde se depositan los residuos de las jaulas.

Zona Limpia: donde se preparan los alimentos de los animales.

Zona de Experimentación: donde se encuentra el instrumental y la mesa quirúrgica.

Laboratorio: zona utilizada para el análisis de las características de los animales.

Incinerador de residuos y cadáveres

2 Objetivos

En este apartado Definiremos los objetivos y fines del Animalario así como las funciones del celador en estas dependencias

FINES DEL ANIMALARIO:

Investigación científica, prevención, profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades.

Desarrollo y elaboración de productos farmacéuticos, alimentos, piensos y otras sustancias o productos.

Protección del medio natural en interés de la salud o el bienestar de los seres humanos o animales.

Investigación dirigida a la conservación de especies.

La enseñanza superior a la formación para la obtención y mejora de las aptitudes profesionales.

Medicina legal y forense.

3 Metodología

Nos hemos centrado sobre todo en portales científicos de internet y apuntes de celador de oposiciones para conocer este mundo tan curioso y desconocido para nosotros como es el Animalario de un hospital y sobre todo la labor del celador en él.

Como hemos descrito anteriormente, nos hemos informado acerca de éste, para así recopilar la información necesaria para darle una buena estructura a nuestro capítulo

4 Resultados

CONDICIONES QUE DEBEN DE TENER EL ALOJAMIENTO Y CUIDADO DE LOS ANIMALES:

Se les proporcionará alojamiento, entorno, alimentos, agua y cuidados adecuados a su especie.

Comprobar a diario las condiciones ambientales.

Normas de trabajo e instrucciones constarán por escrito.

Existirá un plan de evacuación en caso de emergencia o catástrofe.

Todas las instalaciones deben garantizar un ambiente que cubra todas las necesidades fisiológicas y etiológicas de las especies alojadas en ella.

Limpieza periódica y mantener un nivel higiénico satisfactorio. Paredes, techos y suelos recubiertos de un material impermeable.

Las especies que no sean compatibles serán alojados en locales diferentes. En caso de depredadores y sus presas, fuera del alcance de su vista, olfato u oído.

Del estado de salud de los animales se encargará un veterinario.

La alimentación será la correspondiente a las necesidades nutricionales de cada animal. Se deberán realizar controles bacteriológicos de forma habitual del sistema para garantizar la calidad del agua.

Cama de los animales:

Que no tenga parásitos.

Que sea absorbente.

Que no tenga agentes infecciosos.

Método de identificación:

Que no se pueda falsificar

Inviolable.

Que se lea fácilmente

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO:

Según el Artículo 14.2.1. del Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social nos dice que el Celador:

“Tendrá a su cargo a los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como

después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisores o enfermeros que le sustituyan en sus ausencias.”

FUNCIONES:

Alimentar a los animales con los productos y cantidades adecuadas a cada especie.

Tendrán siempre los bebederos con agua.

Higienizar jaulas 2 – 3 veces por semana.

Mantener limpias las jaulas de excrementos y retirar cadáveres.

Limpiar a los animales antes y después de ser sometidos a pruebas de experimentación.

5 Discusión-Conclusión

Tras habernos informado y haber enriquecido nuestros conocimientos sobre el Animalario y las funciones del Celador en el mismo, hemos llegado a la conclusión de que el animalario es una dependencia del hospital muy necesaria y de vital importancia para la investigación de enfermedades, docencia y curación de las mismas, además gracias a las leyes mencionadas anteriormente las condiciones de vida de los animales son muy buenas, no se les practican experimentos que les puedan causar daños que no hagan falta.

Decir también, que la figura del Celador es de nuevo una pieza clave en esta parte hospitalaria, ya que sin su figura sería muy difícil el trabajo en dicho ámbito, la labor de cuidado de los animales que realiza es imprescindible para el buen funcionamiento de estas dependencias. Una vez más el Celador realiza una labor primordial en el mundo hospitalario, y así hemos querido plasmarlo en este capítulo

6 Bibliografía

www.cig-saude.gal

Apuntes de oposiciones celador. www.boe.es

<https://noticias.juridicas.com>

<https://historicosweb.unican.es>

Capítulo 722

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA PROVOCACIÓN DE LA ALERGIA AL HUEVO EN EL NIÑO

GREGORIA DUQUE LORENTE

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

PABLO MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La alergia a la proteína del huevo es una reacción inmunológica adversa del cuerpo ante las proteínas presentes en los huevos, principalmente en las claras de huevo o las proteínas de la clara de huevo. Esta condición se manifiesta cuando el sistema inmunológico del individuo identifica erróneamente las proteínas del huevo como una amenaza y desencadena una respuesta defensiva exagerada.

Los síntomas de la alergia a la proteína del huevo pueden variar en gravedad e incluir erupciones cutáneas, hinchazón, picazón, náuseas, vómitos, diarrea, dificultad para respirar e incluso anafilaxia, una reacción potencialmente mortal que afecta todo el cuerpo. Estos síntomas suelen aparecer poco después de la ingestión de huevos o productos que contienen huevos.

El diagnóstico de la alergia a la proteína del huevo se realiza a través de pruebas específicas, como pruebas cutáneas o análisis de sangre, y el tratamiento principal implica evitar los huevos y los alimentos que los contienen. La mayoría de los niños con alergia al huevo superan esta alergia a medida que envejecen, pero en algunos casos puede persistir en la edad adulta. La educación sobre la identificación de alimentos que contienen huevo y la lectura de etiquetas es crucial para prevenir reacciones alérgicas. Además, se pueden prescribir antihistamínicos o epinefrina para tratar reacciones alérgicas graves.

En definitiva, la alergia a la proteína del huevo es una reacción inmunológica adversa a las proteínas del huevo, que puede causar una variedad de síntomas, desde leves hasta graves.

El diagnóstico preciso y la gestión de la dieta son esenciales para evitar las reacciones alérgicas y garantizar la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la provocación de la alergia al huevo en el niño.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación, se han valorado y realizado distintas búsquedas de casos clínicos, revisiones sistemáticas y artículos científicos en los buscadores indexados que mejor están valorados en la extensa literatura científica y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Posteriormente, se ha revisado la publicación de forma empírica.

4 Resultados

El celador en una consulta de alergia a la proteína del huevo juega un papel importante en el apoyo al funcionamiento eficiente de esta área médica especializada. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en este entorno:

- Recepción y orientación de pacientes:

El celador es a menudo el primer punto de contacto con los pacientes en la consulta de alergia a la proteína del huevo. Debe recibir a los pacientes con

cortesía, verificar su identidad y asegurarse de que estén debidamente programados para su cita. Además, puede proporcionar información inicial sobre la naturaleza del procedimiento o consulta y ayudar a los pacientes a llenar cualquier documentación necesaria.

- Preparación del entorno de la consulta:

El celador colabora en la preparación de la sala de consulta, asegurándose de que esté limpia y ordenada para recibir a los pacientes. Esto incluye la disposición adecuada de equipos médicos y suministros, así como la esterilización de cualquier instrumento necesario para procedimientos de diagnóstico o tratamiento.

- Asistencia durante los procedimientos:

En algunas situaciones, el celador puede asistir durante los procedimientos médicos o pruebas de alergia. Esto implica ayudar al personal médico en la preparación del paciente, proporcionando instrumentos o suministros necesarios, y garantizando la comodidad y la seguridad del paciente durante el procedimiento.

- Mantenimiento de la privacidad y el bienestar del paciente:

El celador debe respetar y proteger la privacidad del paciente en todo momento. Esto incluye asegurarse de que las conversaciones y los procedimientos se realicen de manera confidencial y proporcionar una atmósfera cómoda y tranquilizadora para los pacientes que pueden estar ansiosos o nerviosos debido a su condición de alergia.

- Ayuda en situaciones de emergencia:

En el caso de una reacción alérgica grave o una emergencia médica, el celador debe estar preparado para notificar al personal médico de inmediato y seguir los protocolos de emergencia establecidos. La respuesta rápida y efectiva en estas situaciones es fundamental para garantizar la seguridad del paciente.

- Educación del paciente:

En algunas ocasiones, el celador puede proporcionar información básica sobre la alergia a la proteína del huevo y cómo evitar alimentos o situaciones que puedan desencadenar reacciones alérgicas. Esto puede ayudar a los pacientes a comprender y manejar mejor su condición.

El celador en una consulta de alergia a la proteína del huevo desempeña un papel esencial al garantizar un entorno de atención médica ordenado, seguro y respetuoso para los pacientes. Su colaboración en la preparación, asistencia y apoyo emocional es fundamental para el bienestar y la satisfacción de los pacientes en esta especialidad médica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación clave del celador en una consulta de alergia al huevo es mantener un enfoque constante en la empatía y la comunicación efectiva con los pacientes. La alergia alimentaria, incluida la alergia al huevo, puede generar preocupación y ansiedad en los pacientes y sus familias. Por lo tanto, es esencial que el celador brinde un ambiente acogedor y de apoyo.

Además, el celador debe fomentar la importancia de la adherencia a las indicaciones médicas y las restricciones dietéticas para evitar las reacciones alérgicas. Esto incluye recordar a los pacientes y sus familias la necesidad de leer detenidamente las etiquetas de los alimentos y de comunicar sus alergias de manera clara a los restaurantes y establecimientos de comida.

En última instancia, la recomendación principal es que el celador contribuya a crear un ambiente de atención comprensiva y compasiva, promoviendo el bienestar y la seguridad de los pacientes con alergia al huevo.

6 Bibliografía

1. Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.

Capítulo 723

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA

GREGORIA DUQUE LORENTE

PABLO MARTÍN SERRANO

MAGDALENA SALAZAR CANO

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

CARMEN MORA DÍAZ

1 Introducción

La intolerancia a la lactosa es una condición médica en la cual el cuerpo tiene dificultades para digerir la lactosa, un azúcar presente en los productos lácteos. Esto se debe a una deficiencia de lactasa, la enzima necesaria para descomponer la lactosa en componentes más simples que el cuerpo pueda absorber. Cuando una persona con intolerancia a la lactosa consume productos lácteos, puede experimentar una serie de síntomas gastrointestinales incómodos, como hinchazón, gases, diarrea y malestar abdominal.

La intolerancia a la lactosa puede variar en gravedad. Algunas personas pueden tolerar cantidades limitadas de lactosa, mientras que otras deben evitar por completo los productos lácteos. Esta condición no debe confundirse con la alergia a

la leche, que involucra una reacción alérgica a las proteínas de la leche y puede ser potencialmente grave.

El tratamiento principal para la intolerancia a la lactosa implica modificar la dieta, evitando o limitando los productos lácteos. Los sustitutos sin lactosa están disponibles para aquellos que desean seguir disfrutando de productos lácteos sin los síntomas incómodos. Además, los suplementos de lactasa pueden ayudar a algunas personas a digerir mejor la lactosa.

La intolerancia a la lactosa es una afección común que afecta la capacidad del cuerpo para digerir la lactosa presente en los productos lácteos. Con la gestión adecuada de la dieta y, en algunos casos, el uso de suplementos, las personas con intolerancia a la lactosa pueden llevar una vida cómoda y saludable.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en las consulta de intolerancia a la lactosa.

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 consulta de intolerancia a la lactosa al brindar apoyo tanto al personal médico como a los pacientes, contribuyendo al funcionamiento eficiente y al bienestar en esta área médica especializada.

A continuación, se describen algunas de las funciones clave del celador en este entorno:

- Recepción y orientación de pacientes:

El celador es a menudo el primer punto de contacto con los pacientes en la consulta de intolerancia a la lactosa. Su función incluye recibir a los pacientes con

amabilidad, verificar su identidad y asegurarse de que estén debidamente programados para su cita. Además, puede proporcionar información inicial sobre la naturaleza de la intolerancia a la lactosa y el proceso de diagnóstico.

- Apoyo durante las pruebas y procedimientos:

En muchas ocasiones, la consulta de intolerancia a la lactosa involucra pruebas diagnósticas como la prueba de hidrógeno en el aliento o análisis de sangre específicos. El celador puede ayudar en la preparación de los pacientes para estas pruebas, garantizando su comodidad y tranquilidad. También puede asistir durante el procedimiento, proporcionando instrumentos o suministros necesarios y colaborando con el personal médico.

- Educación y asesoramiento:

El celador puede desempeñar un papel importante en la educación de los pacientes sobre la intolerancia a la lactosa. Puede explicar las restricciones dietéticas necesarias, proporcionar pautas sobre la lectura de etiquetas de alimentos y responder a las preguntas iniciales de los pacientes sobre su condición.

- Mantenimiento del entorno de la consulta:

El celador debe asegurarse de que la sala de consulta esté limpia, ordenada y preparada para recibir a los pacientes. Esto incluye la disposición adecuada de equipos médicos y suministros, así como la esterilización de cualquier instrumento necesario para procedimientos diagnósticos.

- Apoyo emocional:

Muchos pacientes pueden sentir ansiedad o preocupación debido a su diagnóstico de intolerancia a la lactosa. El celador puede proporcionar apoyo emocional, tranquilizando a los pacientes, escuchando sus inquietudes y creando un ambiente acogedor.

El celador en la consulta de intolerancia a la lactosa juega un papel esencial al facilitar un ambiente de atención médica compasiva y eficiente. Sus responsabilidades abarcan desde la recepción y orientación de pacientes hasta la asistencia durante pruebas y procedimientos, así como la educación y el apoyo emocional, contribuyendo al bienestar y la satisfacción de los pacientes en esta especialidad médica.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental del celador para el óptimo funcionamiento de la consulta de intolerancia a la lactosa es mantener una comunicación clara y empática con los pacientes. Esto implica escuchar activamente sus preocupaciones, responder a sus preguntas y proporcionar apoyo emocional. La intolerancia a

la lactosa puede generar ansiedad y confusiones, por lo que una comunicación efectiva contribuirá a la comodidad de los pacientes y a una mejor comprensión de su condición.

Además, el celador debe colaborar estrechamente con el personal médico y de enfermería, garantizando la preparación adecuada de la sala, la disponibilidad de equipos y suministros necesarios, y el cumplimiento de protocolos de seguridad e higiene. Mantener un entorno limpio y ordenado es esencial para la prevención de infecciones y el bienestar de los pacientes.

En conjunto, estas recomendaciones promoverán un ambiente de atención médica eficiente y compasiva en la consulta de intolerancia a la lactosa, mejorando la experiencia de los pacientes y facilitando la labor del personal médico.

6 Bibliografía

1. Rosado, J. L. (2016). Intolerancia a la lactosa. *Gac Med Mex*, 152(Supl 1), 67-73.

Capítulo 724

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

GREGORIA DUQUE LORENTE

DIANA MIRA RODRÍGUEZ

MAGDALENA SALAZAR CANO

CARMEN MORA DÍAZ

PABLO MARTÍN SERRANO

1 Introducción

La oftalmología pediátrica es una subespecialidad de la oftalmología que se dedica al diagnóstico y tratamiento de problemas oculares en niños, desde recién nacidos hasta adolescentes. Los oftalmólogos pediátricos se especializan en abordar las necesidades únicas de los pacientes jóvenes y están capacitados para evaluar y tratar una amplia variedad de afecciones oftalmológicas en esta población. Los oftalmólogos pediátricos se centran en la detección temprana y el manejo de trastornos oculares comunes en niños, como el estrabismo (ojos cruzados), la ambliopía (ojo vago), la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y la conjuntivitis. También tratan afecciones más complejas, como el glaucoma infantil, las cataratas congénitas y las enfermedades genéticas o hereditarias que afectan los ojos.

La comunicación efectiva y la empatía son fundamentales en la oftalmología pediátrica, ya que los oftalmólogos deben trabajar con los niños y sus padres para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Los exámenes oftalmológicos pediátricos son cruciales para detectar problemas visuales en etapas tempranas, lo que puede prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los niños.

La oftalmología pediátrica se dedica a la atención ocular de los niños, abordando una amplia gama de afecciones oftalmológicas desde la infancia hasta la adolescencia. Los oftalmólogos pediátricos desempeñan un papel vital en la detección temprana y el tratamiento de problemas visuales en los jóvenes, contribuyendo a su desarrollo y bienestar visual a lo largo de su vida.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del celador en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la consulta de oftalmología pediátrica.

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 la consulta de oftalmología pediátrica es esencial para el funcionamiento eficiente y la atención efectiva a los jóvenes pacientes.

Aquí se describen algunas de las funciones clave que desempeña el celador en este entorno médico especializado:

- Recepción y orientación de pacientes:

El celador es a menudo la primera persona con la que los niños y sus padres entran en contacto en la consulta. Su función incluye recibir a los pacientes con amabilidad, verificar su identidad y programación de citas, y proporcionar información inicial sobre el proceso de consulta oftalmológica.

- Apoyo emocional y tranquilización:

Los niños pueden sentir ansiedad o temor antes de una consulta oftalmológica. El celador debe ofrecer un ambiente cálido y amigable, brindar apoyo emocional, y tranquilizar a los pacientes jóvenes, explicándoles de manera sencilla el procedimiento y respondiendo a sus preguntas.

- Asistencia durante los exámenes oftalmológicos:

El celador puede colaborar durante los exámenes oftalmológicos, ayudando al personal médico a preparar a los niños para las pruebas y proporcionando instrumentos o suministros necesarios. Garantiza que los niños estén cómodos y seguros durante el proceso.

- Mantenimiento de la sala de consulta:

El celador se encarga de mantener la sala de consulta en orden, limpia y preparada para recibir a los pacientes. Esto incluye la disposición adecuada de equipos médicos y suministros oftalmológicos, así como la esterilización de instrumentos según sea necesario.

- Ayuda con el flujo de pacientes:

El celador contribuye a un flujo de pacientes eficiente en la consulta. Asegura que los pacientes sean llevados a las áreas adecuadas para sus exámenes, evitando retrasos y confusiones.

- Comunicación con los padres:

Además de interactuar con los pacientes, el celador puede comunicarse con los padres o cuidadores para proporcionar información sobre los procedimientos, resultados de exámenes y recomendaciones médicas. Esto es especialmente importante para garantizar la continuidad de la atención en el hogar.

El celador en la consulta de oftalmología pediátrica desempeña un papel vital al brindar apoyo, tranquilidad y asistencia tanto a los jóvenes pacientes como a sus familias. Su presencia contribuye al bienestar y la eficiencia de la atención oftalmológica, garantizando que los niños reciban la atención necesaria en un entorno cómodo y amigable.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial del celador para el óptimo funcionamiento de la consulta de oftalmología pediátrica es mantener un ambiente cálido y acogedor. Esto implica brindar apoyo emocional tanto a los niños como a sus padres, reconociendo sus preocupaciones y proporcionando información clara y comprensible sobre el proceso de consulta oftalmológica.

Además, la comunicación efectiva con el personal médico es clave. El celador debe estar en sintonía con el equipo oftalmológico, coordinando eficazmente la atención de los pacientes y asegurando que los exámenes y procedimientos se realicen de manera puntual y ordenada.

Asimismo, la puntualidad es crucial para mantener un flujo de pacientes eficiente. Asegurarse de que los pacientes sean atendidos de acuerdo con su programación ayuda a evitar retrasos y a que la consulta funcione de manera eficiente.

En conjunto, estas recomendaciones contribuirán a un entorno de consulta de oftalmología pediátrica que promueva la comodidad, la eficiencia y la satisfacción tanto de los pacientes jóvenes como de sus familias.

6 Bibliografía

1. Luco, F. (1993). Oftalmología pediátrica. *Pediatría*, 103-7.

Capítulo 725

COMETIDO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

PALOMA GÓMEZ LÓPEZ SERRANO

NOELIA TORIJA GARCIA

M.DOLORES BARRIOS ACEITUNO

RAQUEL PIÑERO BLANCO

NURIA ALFARO LA ORDEN

1 Introducción

El electrocardiograma, comúnmente abreviado como ECG o EKG, es una prueba médica no invasiva que registra la actividad eléctrica del corazón a lo largo del tiempo. Esta actividad eléctrica es esencial para el funcionamiento cardíaco, ya que coordina las contracciones del músculo cardíaco y asegura que el corazón bombee sangre de manera efectiva a todo el cuerpo.

El ECG se realiza utilizando un dispositivo llamado electrocardiograma, que consta de electrodos adheridos a la piel del paciente en áreas específicas del cuerpo, como los brazos, las piernas y el pecho. Estos electrodos detectan las señales eléctricas generadas por el corazón y las registran en forma de ondas en un papel o en una pantalla de computadora.

Se trata de una prueba médica que registra la actividad eléctrica del corazón para evaluar su funcionamiento y detectar posibles problemas cardíacos. Es una herramienta valiosa en el diagnóstico y manejo de enfermedades cardiovasculares, brindando información esencial para el cuidado de la salud cardíaca de los pacientes, ya que permite evaluar la regularidad del ritmo cardíaco, la presencia de arritmias, la conducción eléctrica del corazón y detectar posibles anomalías cardíacas, como infartos de miocardio o trastornos de la conducción. Los médicos interpretan las ondas y patrones registrados en el ECG para evaluar la salud cardíaca de un paciente y tomar decisiones sobre su tratamiento.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en aquellas tareas e intervenciones que son de su competencia en la realización de un electrocardiograma.

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 técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la realización de un electrocardiograma (ECG) al proporcionar apoyo técnico y cuidados al paciente antes, durante y después del procedimiento.

A continuación, se describen las funciones del TCAE en la realización de un ECG:

- Preparación del paciente:

Antes de realizar un ECG, el TCAE debe preparar al paciente. Esto implica explicar el procedimiento al paciente de manera clara y tranquilizadora, responder a sus preguntas y prepararlo físicamente. El TCAE ayuda al paciente a desvestirse y a colocarse en una posición adecuada, generalmente acostado boca arriba.

- Colocación de electrodos:

El TCAE es responsable de aplicar los electrodos en el cuerpo del paciente siguiendo un patrón específico. Los electrodos se adhieren a la piel en áreas predefinidas, como los brazos, las piernas y el pecho. Es crucial asegurarse de que los electrodos estén bien fijados y en contacto con la piel para obtener señales eléctricas precisas.

- Operación del equipo:

Durante la realización del ECG, el TCAE opera el equipo de registro y asegura que esté funcionando correctamente. Esto incluye la configuración adecuada del dispositivo y la calibración para registrar las señales eléctricas del corazón de manera precisa.

- Supervisión y comodidad del paciente:

Mientras se realiza el ECG, el TCAE supervisa al paciente y se asegura de que esté cómodo y tranquilo. Es importante mantener una actitud calmada y tranquilizadora para reducir la ansiedad del paciente durante el procedimiento.

- Retirada de electrodos y cuidado post-ECG:

Después de finalizar el ECG, el TCAE retira los electrodos con cuidado para evitar cualquier molestia o irritación en la piel del paciente. Además, puede ayudar al paciente a vestirse y proporcionar cualquier cuidado adicional necesario.

- Documentación y comunicación:

El TCAE debe documentar adecuadamente la realización del ECG, incluyendo la fecha, hora y cualquier observación relevante. Además, debe comunicar los resultados del procedimiento al personal de enfermería o al médico, si se observan problemas durante el ECG.

En conclusión, el TCAE desempeña un papel esencial en la realización de un ECG al preparar al paciente, aplicar los electrodos, operar el equipo, brindar apoyo emocional y cuidados post-ECG, y documentar el procedimiento. Su contribución garantiza que el ECG se realice de manera precisa y que el paciente reciba atención de calidad durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo un electrocardiograma (ECG) de manera exitosa, es esencial centrarse en la comodidad y la precisión. En primer lugar, establecer una comunicación efectiva con el paciente, explicando el procedimiento con empatía y claridad y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones. Hay que asegurarse de que el paciente se sienta relajado antes de comenzar.

En segundo lugar, dedique tiempo a la preparación y colocación de los electrodos. Asegúrese de seguir el patrón de ubicación recomendado y fije los electro-

dos de manera segura para obtener lecturas precisas. Durante el procedimiento, mantenga una supervisión constante del paciente, observando cualquier señal de incomodidad.

La clave para un ECG exitoso es la comunicación empática con el paciente y la atención meticulosa a los detalles técnicos. Esto no solo garantiza resultados precisos, sino que también brinda al paciente una experiencia cómoda y tranquila durante el procedimiento.

6 Bibliografía

1. Martis, R. J., Acharya, U. R., & Adeli, H. (2014). Current methods in electrocardiogram characterization. *Computers in biology and medicine*, 48, 133-149.

Capítulo 726

LA REHABILITACIÓN VISUAL DESDE LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA OCUPACIONAL.

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

OLGA LÓPEZ DURÁN

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

1 Introducción

En España (ONCE) el Técnico de Rehabilitación (TR) realiza programas de rehabilitación visual (baja visión) y de orientación y movilidad y actividades para la vida diaria, existiendo coordinación entre ambos. Esta labor puede ser desempeñada por perfiles profesionales como un psicólogo, un óptico optometrista, un terapeuta ocupacional...

Esta experiencia está basada en el trabajo de un terapeuta ocupacional en un Centro de Baja Visión realizando intervenciones con adultos durante un periodo de 3 años. El perfil seleccionado en este centro es el del terapeuta ocupacional, porque previamente se han tenido experiencias previas en otros lugares de trabajo similares en los que se determina que el terapeuta ocupacional es el perfil más adecuado para realizar estas intervenciones, ya que es un profesional sociosanitario

especializado en analizar las actividades y entornos en los que desenvuelve su vida la persona y determina las capacidades y limitaciones que presenta para poder dotarle de las estrategias adecuadas para su afrontamiento.

La baja visión implica una limitación para el desempeño de actividades de la vida diaria, básicas para que la persona logre el máximo nivel de calidad de vida. El terapeuta ocupacional debe realizar un análisis exhaustivo de cada una de las actividades que se encuentran restringidas para poder dotar a la persona de las estrategias necesarias para alcanzar el máximo nivel de independencia posible.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el trabajo del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de la visión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las personas afectadas por patologías causantes de baja visión dejan de realizar actividades de su vida diaria, con la consiguiente pérdida de autonomía. El desconocimiento de que su resto visual puede ser aprovechado y potenciado les aparta de tareas habituales y limita sus relaciones sociales.

El terapeuta tiene que proporcionar estrategias y medios para que, potenciando sus capacidades residuales, vuelvan a realizar las actividades de la vida diaria que les hace independientes. Para ello previamente analizaremos todos los aspectos de la persona (biológicos, psicológicos y sociales) que pueden interferir en conseguir sus objetivos.

La intervención se centra en:

- La optimización sensorial: visual, auditiva, táctil y cinestésica.
- Los entrenamientos aplicados a las actividades cotidianas.
- La recomendación de los productos de apoyo necesarios.

- Asesoramiento a la familia y a las personas del entorno próximo, formación/orientación a profesionales externos, al voluntariado y a otras instituciones, accesibilidad y adecuación del medio físico, etc.

El éxito de la rehabilitación depende mayoritariamente de la predisposición del paciente y del entorno que le rodea, de las capacidades y limitaciones que presente la persona, de la capacidad del terapeuta para transmitir adecuadamente sus conocimientos y de coordinarse con otros profesionales para obtener la máxima información posible. Un error en alguno de estos aspectos puede producir que el resultado de la rehabilitación no sea el esperado o no resulte satisfactorio para la persona y, por tanto, todo el proceso fracase.

Los factores que resultan más determinantes para el éxito o fracaso de una intervención en rehabilitación visual son:

- La edad (personas adultas o mayores).
- Presentar limitación en el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- Disponer de un resto visual, campo de visión y funcionalidad visual que entren dentro de lo clasificable como “Baja Visión”.
- La motivación de la persona para seguir el proceso y compromiso de continuidad en su entorno.
- Mantener las capacidades cognitivas necesarias para que la persona participe activamente en el proceso de intervención y aprenda nuevas estrategias para adaptarse a su nueva situación.

Para su máximo aprovechamiento es imprescindible realizar un entrenamiento personalizado, centrado en la persona: la persona debe conocer los productos de apoyo ópticos y no ópticos que va a utilizar, sus características y su funcionamiento, ventajas e inconvenientes de su uso y adquirir destrezas (fundamentalmente motrices y cognitivas) para su manejo autónomo, así como habilidades para su uso. El éxito durante todo el proceso de intervención garantizará que la persona pueda volver a realizar una vida autónoma con una calidad de vida óptima.

El conocimiento exhaustivo de las patologías visuales que causan la baja visión y el manejo pormenorizado de los sistemas ópticos que se deben emplear durante el proceso de intervención por parte del terapeuta ocupacional o cualquier otro profesional que realiza la intervención de rehabilitación visual resulta también fundamental para garantizar el resultado exitoso de dicho proceso.

5 Discusión-Conclusión

Hay muchas personas que presentan limitaciones en la realización de las tareas de su vida cotidiana y para ello se intenta encontrar las ayudas adecuadas para las tareas que se ven restringidas. Cuando las limitaciones no pueden ser totalmente restablecidas por medios médicos, se debe realizar una valoración exhaustiva de todas las áreas (físicas, psicológicas o sociales) que conforman a la persona para que esta comience un proceso personalizado de adaptación y entrenamiento en el uso de ayudas y manejo de estrategias adecuadas y así alcanzar el máximo grado de independencia posible para lo cual su motivación resulta fundamental, entre otros factores (edad, limitaciones y capacidades cognitivas preservadas, resto visual disponible).

El terapeuta ocupacional es un profesional que guía a la persona durante todo este proceso y que, al igual que otros profesionales, debe tener unos conocimientos específicos en este campo.

6 Bibliografía

1. Vila López, José Miguel. Apuntes sobre Rehabilitación Visual. Publicado por ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles) en 1994.

Capítulo 727

ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA EN LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL EN UN CENTRO DE TRABAJO

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

OLGA LÓPEZ DURÁN

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

SONIA CANO PIQUERAS

MIRIAM SOSA GORDO

1 Introducción

Se debe tener en cuenta que según se recoge en la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad “el derecho al trabajo de las personas con discapacidad es un derecho fundamental y que se debe garantizar, en condiciones de igualdad y no discriminación” (1). Dicha Ley además establece que éstas pueden ejercer su derecho al trabajo en el empleo ordinario (empresas y Administraciones Públicas), en el empleo protegido (Centros Especiales de Empleo y enclaves laborales) y en el empleo autónomo (1).

Según se especifica en la citada ley “el impulso de medidas que promuevan la igualdad de oportunidades suprimiendo los inconvenientes que se oponen a la presencia integral de las personas con discapacidad concierne a todos los ciudadanos, organizaciones y entidades, pero, en primer lugar, al legislador, que

ha de recoger las necesidades detectadas y proponer las soluciones y líneas de actuación más adecuadas” - Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad (1).

Por tanto, existen leyes y documentos específicos que hacen referencia a actuaciones que comprenden la creación y/o adecuación de los entornos propicios para que la persona con discapacidad pueda desempeñar su actividad laboral con los apoyos necesarios y que a su vez éste entorno pueda resultar favorable para su uso por y para todos. La creación de estas condiciones y espacios sería la culminación de conceptos tan importantes como la accesibilidad universal y el diseño para todos (que cualquier persona pueda usar objetos y espacios sin ninguna restricción por sus características personales).

2 Objetivos

- Reconocer derechos de igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad, y los principios de vida independiente, accesibilidad universal y diseño para todos.
- Constituir un entorno empresarial libre de todo tipo de barreras y universalmente accesible, garantizando que todas las personas tengan aseguradas las mismas posibilidades de acceso y la mayor autonomía posible en su utilización, procurando la accesibilidad global de los lugares, edificios, establecimientos e instalaciones donde realizan su actividad, y de los servicios que presta.
- Incluirse en la dirección estratégica de la empresa evidenciando así una empresa diferenciada por su compromiso social.
- Aportar propuestas y soluciones técnicas para facilitar, de forma clara y concisa, la ejecución de acciones de mejora de la accesibilidad en los centros de trabajo.

3 Metodología

Se debe realizar un análisis pormenorizado del entorno, así como de los diferentes elementos presentes en el mismo, mediante la realización de fotos y la toma de medidas a través de fichas de diagnóstico (Fichas de Diagnóstico de Accesibilidad de PREDIF y los Listados de Comprobación en Accesibilidad del Manual de Accesibilidad Integral de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, por ejemplo).

Se deben analizar diferentes zonas que podemos agrupar en bloques:

1. Área de aproximación: entorno periférico de acceso y reserva de aparcamiento y transporte.
2. Acceso desde el exterior: recorridos exteriores dentro del recinto, rampas exteriores, escaleras exteriores, huecos de paso, vestíbulos y atención al público.
3. Circulación interior vertical: escaleras interiores, ascensores, rampas interiores.
4. Circulación interior horizontal: pasillos y huecos interiores de paso.
5. Espacios higiénico-sanitarios: aseos de uso público, aseos adaptados.
6. Espacios de uso público: salas de trabajo, salas polivalentes, salones de actos, salas de juntas, garaje – aparcamiento, comedor, etc.

También se debe tener como referencia para el estudio de la accesibilidad la Norma UNE 170001-1, sobre Accesibilidad Global. Requisitos DALCO (Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación):

1. Deambulación: pavimento, espacio de maniobra, zonas de circulación, cambios de plano.
2. Aprehensión: alcance, accionamiento, agarre, transporte.
3. Localización: iluminación, orientación, señalización.
4. Comunicación: visual, acústica, táctil.

4 Resultados

El desarrollo o la adaptación de entornos accesibles para todos puede favorecer que cualquier persona pueda tener éxito en el desempeño de sus actividades cotidianas y en el aspecto laboral puede facilitar que una persona pueda seguir desempeñando su rol laboral lo que repercute en un beneficio tanto a nivel personal (máxima independencia) como a nivel económico y social (participación social, disminución de costes económicos a nivel estatal y/o empresarial).

Existen leyes específicas y documentos técnicos elaborados por diferentes profesionales expertos en la materia (la accesibilidad es transversal por lo que pueden intervenir en ella profesionales como periodistas, arquitectos, ingenieros, trabajadores sociales...) que dictan las directrices a seguir en los diferentes tipos de accesibilidad (cognitiva, sensorial, arquitectónica y tecnológica).

De un análisis pormenorizado, siguiendo los puntos enumerados anteriormente, depende el éxito o fracaso de la intervención y que, por tanto, la persona pueda desarrollar su actividad laboral, en este caso, o no.

En la “Guía de Integración Laboral de las Personas con Discapacidad” (4) se menciona concretamente que “a nivel estatal, cada vez existen más medidas para la

integración laboral de las personas con discapacidad“ y más profesionales orientan su carrera profesional a este cometido (creación de la Asociación Española de Profesionales de la Accesibilidad Universal en el año 2011) lo que garantiza que las intervenciones que se llevan a cabo en este ámbito son cada vez más efectivas. Aunque la Ley General de la Discapacidad (LGD) exige a las empresas de más de 50 trabajadores la obligatoriedad de incorporar un porcentaje de empleados con discapacidad no inferior al 2% se debe pensar en estas medidas como un paso hacia la normalización de las personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario lo cual constituye múltiples beneficios no sólo a nivel personal (autonomía personal, mejora de la autoestima, estabilidad mental, mejora de las interacciones sociales...) sino también a nivel empresarial (política de recursos humanos más abierta, mejora del clima laboral, incremento de la competitividad... además de recibir ventajas fiscales).

5 Discusión-Conclusión

Hay muchas personas que pueden presentar limitaciones en la realización de las tareas de su vida cotidiana, pero con los apoyos adecuados y un diseño del entorno que favorezca a todos se pueden adecuar aquellas tareas que pudieran verse restringidas. El entorno, al igual que puede limitar también puede favorecer la participación de las personas en sus actividades, por lo que no sólo hay que intervenir sobre la persona sino también sobre los entornos que le rodean propiciando la adaptación o creación de entornos facilitadores para el desempeño de actividades por parte de cualquier persona que tenga que desarrollar su actividad en él.

6 Bibliografía

1. Ámbito estatal: Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión social. BOE núm. 289, de 03/12/2013
2. Comunidad de Madrid: se promulgó la Ley 8/1993, del 22 de junio de 1993, de Promoción e la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. Esta norma se ha visto complementada, años después, por el Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en Materia de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.

3. Normas para la certificación de la accesibilidad global, principalmente: a. UNE 170001-1:2001 Accesibilidad Global. Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 1: Requisitos DALCO. b. UNE 170001-2:2001 Accesibilidad Global. Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 2: Sistema de Gestión de la Accesibilidad Global.
4. Guía de Integración Laboral de las Personas con Discapacidad. SEPE. Actualizado marzo 2022. NIPO: 120-22-021-8.
5. Fundación Adecco. Contratar personas con discapacidad: beneficios y ventajas. <https://fundacionadecco.org/azimut/contratar-personas-con-discapacidad-es-rentable-justo-y-responsable/>

Capítulo 728

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES CONSIDERADAS FRÁGILES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

JOSEFA CAÑAS CARRILLO

MIRIAM SOSA GORDO

ANA BELÉN ALCOCER ORTEGA

OLGA LÓPEZ DURÁN

SONIA CANO PIQUERAS

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el principal objetivo de la atención a las personas mayores es el mantenimiento de su autonomía funcional al definir al envejecimiento saludable como el proceso que permite mantener una vida autónoma y funcional” (1).

Atendiendo a la consideración de la fragilidad en los mayores ésta “se define como un deterioro progresivo, relacionado con la edad, de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos, como infecciones, hospitalizaciones,

morbilidad e incluso la muerte. La fragilidad sería un período previo a la discapacidad y la dependencia en el que existe un alto riesgo de experimentar una limitación funcional” (1).

Por tanto, se deberían priorizar estrategias que permitan prevenir o, incluso, revertir la pérdida de funcionalidad en las personas mayores.

Identificar a aquellas personas que se encuentran en esta situación resulta cada vez más importante ya que existen estudios y evidencia que corroboran que la aplicación de programas por parte de diferentes profesionales sociosanitarios (entre los que se incluye el terapeuta ocupacional) del manejo precoz de la fragilidad y aún más su prevención proporcionan múltiples beneficios tanto a nivel personal, social como institucional.

2 Objetivos

- Identificar a las personas mayores que mantiene su autonomía, pero se pueden encontrar en alto riesgo de perderla.
- Minimizar los riesgos derivados de la situación de fragilidad dotando a la persona de las estrategias y ayudas adecuadas.
- Prevenir la discapacidad.

3 Metodología

Existe evidencia científica que señala que la prevención y el manejo precoz de la fragilidad pueden incluso revertir muchos de los efectos perjudiciales asociados a lo que se considera un envejecimiento no saludable, la dependencia o la muerte. Para facilitar la intervención en este ámbito se recomienda realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI) la cual se basa en la elaboración de un plan terapéutico y de cuidados personalizado y consensuado con la propia persona.

El trabajo del terapeuta ocupacional debe desarrollarse en equipo junto con todos los profesionales que lo conforman (médico, enfermero, trabajador social y otros profesionales como fisioterapeuta, psicólogo...). De esta forma se persigue que la intervención se encuentre dentro de un modelo de atención integral centrada en la persona y esto lo debemos conseguir mediante programas que aporten mejoría en la calidad de vida de estas personas desde el punto de vista del desempeño ocupacional en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Además, se debe hacer énfasis en la educación sobre la utilización de dispositivos asistenciales que faciliten el desarrollo de dichas actividades y la realización de

las modificaciones ambientales oportunas adaptadas a las necesidades de cada persona.

También se pueden realizar intervenciones enfocadas en los factores de riesgo como las relacionados con las caídas y discapacidades que reducen la movilidad y dificultan las AVD's. En estos casos consistirán en la utilización de estrategias de control/mejoramiento mediante el entrenamiento de estrategias cognitivas(resolución de problemas, reformulación), conservación de energía (definición del propio ritmo, sentarse en vez de estar de pie al realizar una tarea) y modificaciones ambientales (agarre de barras de sujeción o barandillas, etc.) cuyo objetivo es la compensación al realizar las actividades que ocasionan el declive. Los terapeutas ocupacionales pueden realizar visitas a los hogares de los pacientes y realizar un seguimiento mediante entrevistas telefónicas para asegurarse de que las pautas enseñadas siguen llevándose a cabo o para fortalecer las intervenciones acordadas.

4 Resultados

Existen estudios que señalan que la Terapia Ocupacional ayuda a las personas mayores frágiles a mejorar su funcionamiento en las AVD, en la participación social y su calidad de vida teniendo en cuenta, además, que las intervenciones no sólo se pueden desarrollar en centros de atención pública o privada, sino que también se pueden transferir a sus entornos naturales (domicilios) reduciendo así los costos sociosanitarios derivados de una posible dependencia funcional (hospitalización y/o institucionalización).

Los terapeutas ocupacionales trabajando en equipo con fisioterapeutas, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales sociosanitarios deben coordinar acciones efectivas de trato centrado en el paciente que permitan desarrollar, recuperar o compensar habilidades y situaciones redundando en una ejecución más eficaz de sus AVD's pudiendo utilizar la actividad como un medio o un fin en sí mismo y/o recurriendo a dispositivos y estrategias que faciliten o asistan la realización de la actividad.

Los beneficiarios de este tipo de intervenciones presentan disminución de su declive funcional lo que se traduce en el ámbito económico en una disminución del costo de las hospitalizaciones e institucionalizaciones.

Por tanto, proporcionar a las personas mayores estrategias que faciliten el desarrollo de sus actividades cotidianas redundan en una mejora significativa de su calidad de vida lo que les puede ayudar a frenar el declive natural propio de la edad lo que tendrá también repercusiones positivas en los sistemas sanitarios al

reducir el consumo de recursos asistenciales que tendrían que hacer de ellos en caso contrario.

Se deben realizar labores de concienciación social e institucional al respecto ya que como se refiere (hay estudios al respecto que lo evidencian) existen múltiples beneficios al realizar labores de prevención o mantenimiento de la salud en las personas mayores que se consideran frágiles y no esperar a que se instaure un proceso de enfermedad que pueda ser irreversible y generar múltiples complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Así, la intervención del terapeuta ocupacional trata de desarrollar estrategias físicas, cognitivas y materiales que le permitan a la persona revertir su fragilidad y mantenerse en una ejecución adecuada de sus actividades diarias.

Existen estudios que señalan la importancia de que la intervención sea centrada en la persona para lo cual también se debe contar con el entorno natural en el que desarrolla su actividad interviniendo sobre la propia actividad que se quiere mejorar, utilizando productos de apoyo que faciliten su desarrollo o modificando su entorno para que resulte más facilitador. En cualquier caso, desde la terapia ocupacional se utiliza la actividad como un medio o un fin en sí mismo para mejorar la independencia funcional.

6 Bibliografía

1. Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria (Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid). Edición Septiembre 2022.
2. Terapia Ocupacional en Fragilidad: una aproximación bibliográfica. Mirian Santamaría-Peláez y Jerónimo González-Bernal. Aprobación Publicación: 27 noviembre 2020. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, N°2, 2020. ISSN: 0214-9877. pp:113-120
3. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Engracia Fernández y Montserrat Estévez. Gerokomos vol.24 no.1 Barcelona mar. 2013. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100002>

Capítulo 729

EL CELADOR EN SALA DE AUTOPSIAS

ALEJANDRO LÓPEZ JARA

JAVIER CRUZ SANTIAGO

MARIA JOSE GARCIA ATIENZA

JUANI NAHARRO MILLA

ISABEL MARIA GROMADA

1 Introducción

En este capítulo hablaremos del concepto “autopsia”, “sala de autopsia” y del “celador auxiliar en sala de autopsias”.

En este capítulo queremos reconocer la labor del Celador como “Celador Auxiliar de Autopsias”, ya que es una función muy poco conocida dentro del ámbito hospitalario y que bajo nuestro punto de vista es muy importante a la hora de ayudar o auxiliar al médico que realiza la autopsia (anatomopatólogo o patólogo)

AUTOPSIA: Disección y examen del cuerpo de una persona fallecida para determinar la causa de la muerte o la presencia de un proceso patológico. Sinónimos de Autopsia: Tanatopsia y Necropsia. Encontramos diversos tipos de autopsias: Autopsia Clínica o Hospitalaria: confirmar la causa de la muerte, solicitada por el médico. La realiza el anatomopatólogo pudiendo ser total o parcial. Fines: asistenciales, de investigación o docentes. Los órganos no se dejan dentro del cadáver. Autopsia Médico – Forense: la ordena la autoridad judicial de las causas y circunstancias de la muerte. La realiza el médico – forense. Autopsia siempre total. Fines: legales. Los órganos se vuelven a depositar dentro del cadáver.

Autopsia Psicológica: consiste en establecer el estilo de vida, personalidad, enfermedades mentales, estrés, verbalización de un posible intento de suicidio y cualquier otra variable psicológica. Fines: recrear las circunstancias en las que falleció y cómo fueron los días previos a su muerte.

Además de los tipos de autopsias citadas anteriormente, también se encuentran las siguientes:

Abertura de cráneo.

Abertura de tórax.

Abertura de abdomen.

Abertura de raquis.

2 Objetivos

Nuestro objetivo principal es definir las funciones del celador en la sala de autopsias y destacar la importancia de las tareas de este en la misma, además recabaremos los materiales necesarios para su realización, y las condiciones físicas de la sala de autopsias

3 Metodología

Hemos utilizado (a la vez que disfrutado) libros de sanidad, páginas de internet y apuntes de oposiciones de celadores.

Una vez que nos hemos informado con todo lo citado anteriormente, hemos realizado un breve resumen y hemos plasmado en este capítulo lo que hemos considerado más importante.

4 Resultados

Tras examinar diferente bibliografía hemos recopilado la información referente a los materiales que son necesarios para su realización, así como las características de los locales y como deben de estar acondicionados para su buen funcionamiento, expresando también las funciones del celador auxiliar e autopsias que en diferentes bibliografías se expresan

MATERIALES NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AUTOPSIAS:

Instrumentos para partes blandas y cartílago: tijeras, cuchillos, etc.

Instrumentos para disección de huesos: costótomos, sierras, martillos, pinzas, etc.

Instrumentos de presa: pinzas de disección, de forcipresión, etc.

Instrumentos de medición: regla, doble decímetro, etc.

Medios de sutura: agujas rectas y curvas, hilo.

Accesorios: navaja barbera, sonda acanalada, estilete, etc.

Medios de reproducción gráfica: buen equipo fotográfico y vídeo.

CARACTERÍSTICAS DE LA SALA DE AUTOPSIAS:

Medidas: mínimo 20 metros cuadrados.

Suelos: impermeables y de fácil limpieza.

Techos: lisos y de material lavable.

Mesa de Autopsias: 2 metros de longitud y 0'75 metros de ancho. Material: mármol, granito o acero inoxidable.

Extracciones de aire directo al exterior: 6 – 12 renovaciones por hora.

Dotada de agua caliente y fría.

Sistema de aspiración, de balanza, desagüe accesible, mecanismos anti terremoto, etc.

Dispondrá de vestuarios, duchas, secretaría, laboratorio histopatológico.

Refrigeradores de cadáveres con capacidad de 2 cadáveres cada 200 camas.

Temperatura de la cámara frigorífica: 4°C.

FUNCIONES DEL CELADOR AUXILIAR DE AUTOPSIAS:

Transporte del cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias.

Preparar al cadáver. El cadáver se colocará en decúbito supino.

Conservar un ambiente de respeto.

Auxiliar al médico.

Pesaje de órganos, anotaciones, introducir en cubos herméticos restos humanos para su traslado e incineración.

Recomponer y asear el cuerpo.

Limpiar la sala, mesa y material.

Cualquier otra cuestión de carácter auxiliar.

Trasladar muestras al servicio de anatomía patológica.

5 Discusión-Conclusión

Una vez desarrollado el capítulo, hemos llegado a la conclusión de que es muy importante la autopsia, qué tipos son, quién la realiza, hemos comparado las diferencias entre ellas, quién la autoriza y sobre todo quién ayuda o auxilia en el proceso de necropsia destacamos la unanimidad en los estudios que hemos examinado, acerca de las funciones del celador y su importancia en el proceso de la misma todo con la misión de esclarecer las causas de muerte de un individuo.

Hemos querido saber y hemos dado con ello que la sala de autopsias es el lugar donde se realiza el examen tanto interior como exterior del cadáver a fin de determinar cuáles han sido las causas de la muerte, sobre materiales necesarios para su realización, condiciones físicas y ambientales de la misma y qué elementos y características la engloban y la hacen única.

6 Bibliografía

Apuntes de oposición de celadores. www.scielo.sacr.es
www.cigna.com
www.nunezmedica.com

Capítulo 730

¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON DEMENCIA?

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

De acuerdo con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demencia es definida como un síndrome crónico y progresivo, que se caracteriza por un deterioro presente en las funciones cognitivas, afectando componentes como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprender, la comunicación y el sentido de la realidad.

La demencia se presenta habitualmente, por un lado, con síntomas cognitivos y psicológicos. Dentro de los cognitivos, podemos encontrar limitaciones a la hora de recordar determinada información y a determinadas personas, limitaciones para la comunicación, limitaciones en las capacidades visuales y espaciales, dificultades en la resolución de problemas como en la planificación y organización de los mismos; sin olvidar descoordinación y poco control durante los movimientos,

desconcierto y desorientación. Con respecto a los psicológicos, la persona puede sufrir alucinaciones, paranoia, comportamientos desinhibidos, ansiedad, intranquilidad, depresión y alteraciones en su personalidad.

En España, se estima que la cantidad de personas que la padecen, está por encima de las 700.000 y que, a medida que pasan los años, la cantidad tiene más posibilidades de duplicarse. Sus síntomas están relacionados con la disminución paulatina de la funcionalidad, tanto en la realización de actividades básicas, como instrumentales de la vida diaria. Además, dicha situación, ocasionará considerables estados de carga emocional, mental y física, en la red de apoyo familiar del paciente.

Para abordar los problemas que acontecen las demencias, la Terapia Ocupacional es la profesión más indicada. Ya que, a través de la ocupación, fomenta el bienestar y la participación de las personas en actividades que les son significativas, adaptando tanto dicha ocupación, como el entorno a la persona, con la finalidad de aumentar y/o mantener su funcionalidad.

2 Objetivos

1. Conocer las funciones del Terapeuta Ocupacional en la intervención con personas con demencia.
2. Conocer los beneficios que aportan las intervenciones desde el campo de la Terapia Ocupacional, en la vida diaria de las personas con demencia.

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 la base de datos de Scielo, artículos científicos de la Revista Ocronos y Mayo Clinic, documentación específica de la OMS, y el documento sobre el censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Las palabras claves usadas para la búsqueda de información fueron: Terapia Ocupacional, demencia, y la ecuación de búsqueda “demencia en España”.

4 Resultados

Tras obtener el diagnóstico de demencia, es de vital importancia que la intervención vaya destinada a paliar los síntomas de todas las áreas afectadas, siendo la intervención más eficaz, la que coordina el tratamiento farmacológico con el tratamiento no farmacológico.

Desde Terapia Ocupacional, reconocida como terapia no farmacológica, se van a implementar las siguientes funciones con la finalidad de ralentizar el deterioro de la persona y/o mantener las habilidades que impiden su independencia:

- Valoración del desempeño ocupacional de la persona durante la ejecución de las actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento y reeducación de actividades de la vida cotidiana.
- Adaptación del entorno.
- Prescripción y reentrenamiento sobre productos de apoyo.

Dentro de la valoración, para el Terapeuta Ocupacional, será importante obtener información acerca de la historia de vida y ocupacional del paciente, su situación basal actual en términos de funcionalidad, así como el contexto que le acompaña. Posteriormente, se diseñará un plan de tratamiento realizando una pre y post valoración.

Durante el proceso de intervención, el terapeuta ocupacional se ayudará de diversos enfoques de tratamiento que irá modificando, según la fase de la demencia en la que se encuentre el paciente.

Es importante recordar que, durante todo el proceso de intervención se debe de contar con la familia, ya que serán los grandes protagonistas en la continuidad y mantenimiento de los beneficios de la misma. Por ello, se deberá incidir en su asesoramiento de forma paralela a la intervención del paciente.

La existencia de diversos estudios, confirman la multitud de beneficios aportados desde la terapia ocupacional en las personas con demencia. Un ensayo controlado aleatorio (ECA), realizado en 2014 por Kumar P, et al reveló que un programa de 10 sesiones desde Terapia Ocupacional durante 5 semanas, mejoró la calidad de vida de las personas con demencia. Otro estudio realizado en 2010 por Gitlin L, et al, mostró que después de implementar una intervención multidisciplinar donde la figura del terapeuta ocupacional participó durante 12 sesiones, aumentó su funcionalidad y participación.

Estudios actuales ofrecen evidencia de que los tratamientos no farmacológicos, pueden ralentizar el deterioro progresivo en la funcionalidad de los pacientes. Las intervenciones desde Terapia Ocupacional, no ralentizan el avance del deterioro en los síntomas asociados con la demencia, pero sí que tienen un impacto sobre

la capacidad de desempeño de estas personas.

5 Discusión-Conclusión

- Dentro de la intervención de las personas con demencia, es importante que el tratamiento vaya dirigido a todas las áreas afectadas.
- La intervención en las personas con demencia, es más eficaz si se combinan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; siendo la terapia ocupacional un tratamiento catalogado como no farmacológico.
- Es importante durante la intervención, incluir a los familiares como parte activa del proceso, de forma paralela al tratamiento implementado en la persona con demencia.
- Existe evidencia de que la intervención desde Terapia Ocupacional en personas con demencia no ralentiza el deterioro en sus síntomas, pero sí que impacta de forma positiva en el desempeño ocupacional de sus actividades de la vida diaria.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.
- 2.<https://www.ceafa.es/files/2022/02/informe-censo-alz.pdf>.
- 3.<https://revistamedica.com/tratamiento-terapia-ocupacional-demencias/#::text=Se%20ha%20comprobado%20que%20el,en%20la%20capacidad%20cognitiva%201>.
- 4.https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300008.
- 5.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>.

Capítulo 731

¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA INTERVENCIÓN DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA?

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

La fibromialgia se trata de un trastorno, cuyos síntomas se componen de problemas en el estado de ánimo, limitaciones cognitivas, fatiga, dolor músculo-esquelético de forma generalizada, problemas de sueño y de memoria. Se trata de una enfermedad en la que el género femenino es más propenso a padecerla, en comparación con el masculino y, aunque no hay una cura existente, se pueden paliar los síntomas con determinados medicamentos.

Existen 3 tipos de fibromialgia:

- Típica:

En la que se tiene un control moderado del dolor y una hipersensibilidad a la presión, además de una combinación de depresión y ansiedad.

- Común:

En la que se da una hipersensibilidad al dolor con bajísimo control del mismo y con elevados niveles de catastrofización. Al igual que la anterior, se dan ansiedad y depresión.

- De presentación Neurobiológica:

En la que, a diferencia de las anteriores, se tiene un elevado control del dolor, alto nivel de sensibilidad y bajos intervalos de depresión y ansiedad.

Aunque el origen de esta enfermedad no se conoce, sí que parece haber indicios de que es debida a la combinación de varios factores como: una disfunción en el procesamiento del dolor, alteraciones periféricas musculares, disfunciones neuroendocrinas, trastornos a nivel inmunológico, y predisposición genética entre otros muchos.

A la vista de los síntomas que produce, entendemos que para quien la padece, se da una disrupción en la autonomía durante la ejecución de actividades de la vida diaria; lo cual supone una disminución en la participación en el contexto social y personal de la persona, así como una merma en su autodesarrollo y por ende, en el desempeño ocupacional de su cotidianidad.

Por este motivo, la terapia ocupacional, como agente que opera directamente sobre la ocupación, y durante la realización de las diferentes áreas de la vida diaria, cuando estas se ven mermadas por cualquier motivo, es de capital importancia que se encuentre presente dentro de la intervención de las personas con fibromialgia. El terapeuta ocupacional, además, intervendrá con la persona teniendo en cuenta su contexto personal y ambiental, así como las capacidades y/o funcionalidad de base con la que cuenta, en aras de dotarle de la máxima autonomía y dependencia.

2 Objetivos

- Dar a conocer los beneficios que aportan las intervenciones de la terapia ocupacional en la vida cotidiana de las personas que padecen 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 de revistas sanitarias de investigación y en las principales bases de datos:

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

Las palabras clave utilizadas han sido: terapia ocupacional, fibromialgia.

4 Resultados

Antes de explicar qué podría ofrecer el terapeuta ocupacional a una persona con fibromialgia, es importante remarcar que los tratamientos deben de adaptarse a la situación de la persona y deben de ser tratamientos multidisciplinarios para que pueda dotarse a la persona de la mayor calidad de vida que se pueda.

Desde la terapia ocupacional y, teniendo en cuenta que el síntoma más incapacitante para la persona que sufre fibromialgia es el dolor, se le orientará y capacitará sobre estrategias que faciliten la ejecución de sus ocupaciones a pesar de este. Todo ello se trabajará paralelamente, teniendo en cuenta las ocupaciones y actividades que sean relevantes para el paciente, tratando todas las áreas de su vida cotidiana, si fuese necesario.

Dentro de las técnicas aportadas desde terapia ocupacional se usarán:

- Terapia de ahorro y conservación de la energía durante la realización de las actividades.
- Protección a nivel articular y ergonomía para evitar mayor desgaste y sobrecarga.
- Terapias de relajación para el control y manejo del estrés.
- Actividades recreativas como la arteterapia.
- Reestructuración y organización de actividades combinando momentos de actividad-descanso.
- Incrementar el nivel de consciencia corporal y el control respiratorio.

Además de lo anterior, el terapeuta ocupacional hará partícipe y consciente al paciente de su situación, explicándole y orientándole sobre los efectos de la enfermedad. Lo cual será muy importante dentro de la línea de intervención, para que el paciente pueda retornar a su vida anterior lo antes posible, manteniendo su funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

Por último, pero no por ello menos importante, se ha demostrado que realizar intervenciones en grupo con este tipo de pacientes, ha ayudado a que entiendan de una forma positiva su enfermedad. Ello es debido a que, al estar entre personas de su misma situación de salud, se fomentan las relaciones en un contexto social, incrementa su autoestima evitando su aislamiento y favorece el lado positivo de adaptarse al dolor.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el síntoma más incapacitante en la vida de una persona con fibromialgia es el dolor.

La intervención desde terapia ocupacional haciendo uso de técnicas de ahorro, conservación de la energía, ergonomía y manejo y control del dolor son muy importantes para dotar de la mayor funcionalidad posible a este tipo de pacientes. Es importante que el tratamiento sea individualizado y adaptado a las necesidades de cada persona y que se aborde desde un enfoque multidisciplinar, con el fin de capacitar a la persona de la mayor funcionalidad posible en su vida diaria. El terapeuta ocupacional intervendrá haciendo uso de las técnicas anteriormente descritas, combinando con las actividades y ocupaciones que son significativas para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/fibromyalgia/symptoms-causes/syc-20354780>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/terapia-ocupacional-en-fibromialgia/>.
3. <https://www.miterapiasinfronteras.com/salud/enfermedades/fibromialgia-causas-sintomas-y-tratamientos/>.

Capítulo 732

¿QUÉ PUEDE APORTAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON PARKINSON?

CLARA ISABEL POVEDA ORTÍN

BEATRIZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ALEXANDRA ARANDA ROMERO

SILVIA EXPOSITO

ANGELA GUIRADO MARTOS

1 Introducción

El Parkinson es conocido como una enfermedad que progresa lentamente, deteriorando el sistema nervioso central y las partes corporales gobernadas por los nervios. Sus síntomas pueden no ser percibidos o apreciarse levemente y suelen aparecer de forma lenta. En un inicio, suelen comenzar en un hemisferio alterándose de forma progresiva, pasando finalmente al otro hemisferio. Al inicio de la enfermedad, el síntoma más perceptible suele ser el temblor, pudiendo apreciarse también limitaciones y/o rigideces durante la ejecución del movimiento. A nivel facial, podemos observar una ausencia de expresividad en la persona, una disminución en el braceo durante la deambulación, así como una comunicación ininteligible. A medida que la enfermedad avanza, los síntomas sufren un empeoramiento. Además de los síntomas anteriores, se da una alteración en la postura y

el equilibrio de la persona, merma de los movimientos que se producen de forma automática y cambios en la manera de escribir. A pesar de que es una enfermedad que no tiene cura, puesto que es degenerativa, existen ciertos tratamientos que pueden paliar sus síntomas y procurar en la medida de lo posible dotar a la persona de la máxima funcionalidad en su cotidianidad.

Como dijimos anteriormente, existen numerosos tratamientos que pueden dar cabida y solución a los síntomas de esta enfermedad. La variedad de intervenciones es muy amplia, incluyendo tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, entre estos últimos, la figura del terapeuta ocupacional. En cualquier caso, se debe tener en cuenta puntos clave muy importantes, como que cada caso es individual y debe ser abordado como tal y, además, de forma integral, haciendo uso de las distintas técnicas y enfoques de tratamiento según las necesidades de cada paciente.

Teniendo en cuenta los síntomas que presenta, podemos presumir que va a estar ligada a una disminución altamente significativa en la calidad de vida de las personas que la padecen, sin olvidar a su red de apoyo de cuidadores. Por este motivo, es de vital importancia que el profesional de terapia ocupacional participe en su intervención, con el fin de poder restablecer la autonomía en la medida de lo posible en estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los beneficios que aportan las intervenciones desde Terapia Ocupacional, en la vida cotidiana de las personas que padecen 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras realizar una valoración que nos permita marcarnos unos objetivos de intervención con el paciente, el primer y máximo objetivo, desde Terapia ocupacional

en este tipo de pacientes, es procurar la máxima independencia durante la ejecución y realización de sus actividades de la vida diaria y, por ende, mejorar su calidad de vida. Teniendo en cuenta esto, como profesionales llevamos a cabo este tipo de tratamientos, con la intención de que la persona se mantenga lo más independiente posible durante el mayor tiempo que se pueda, en las actividades que le son significativas desde antes de la aparición de la enfermedad.

Una vez tengamos esto en cuenta, las siguientes funciones que nos competen dentro de su plan de intervención son las siguientes:

- Reentrenar la ejecución de aquellas actividades (especialmente actividades de la vida diaria) que se encuentran comprometidas por la enfermedad (teniendo siempre en cuenta cuáles son las más significativas para ellos).
- Reducir las complicaciones que puedan surgir de la enfermedad, promoviendo que la persona realice las actividades de la forma más autónoma posible.
- Potenciar el balance articular de movimiento, previniendo además los estados de rigidez.
- Potenciar/mantener las destrezas relacionadas con habilidades manuales.
- Potenciar/mantener las capacidades cognitivas.
- Estructurar y asesorar su ocio y tiempo libre.
- Asesoramiento, prescripción y reentrenamiento en productos de apoyo, así como adaptaciones dentro del domicilio, a fin de evitar accidentes y en el ámbito laboral, si fuera necesario.
- Añadir compensaciones en el lugar de las destrezas que han sido perdidas.
- Conservar roles de tipo social (laboral y familiar).

Es importante recordar, que a medida que avanzan los síntomas relacionados con la enfermedad, la intervención se va modificando en función de las capacidades y funcionalidad que la persona va preservando.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo primordial, desde Terapia Ocupacional en la intervención de las personas con Parkinson, es capacitarles de la mayor autonomía y funcionalidad posible a partir de las actividades que le son significativas y que se ven mermadas por la enfermedad, y durante el mayor tiempo que se pueda.

El plan de tratamiento incluye potenciar/mantener tanto componentes motores como físicos a fin de poder reentrenar con ellos, las actividades de la vida diaria que se encuentran comprometidas por los síntomas de la enfermedad.

El tratamiento para este tipo de pacientes, debe de ser individualizado y adaptado

a las necesidades y capacidades basales de la persona, teniendo en cuenta que irá ajustándose a medida que progrese la enfermedad.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes>
- 2.<https://revistamedica.com/parkinson-terapia-ocupacional/>
- 3.<https://www.miterapiasinfronteras.com/terapia-ocupacional/trastornosneurologicos/tratamiento-de-la-enfermedad-de-parkinson/>

Capítulo 733

AVANCES QUE DEBEN DE CONOCER LOS PINCHES EN LAS COCINAS DE LOS HOSPITALES

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

1 Introducción

Recientemente se han puesto en marcha varias iniciativas para mejorar la salud de la cocina del hospital. Por varias razones, estos avances son significativos. El uso de la tecnología y las mejoras en el equipamiento de cocina pueden ayudar a los hospitales a cumplir con su obligación de servir a los pacientes comidas saludables y nutritivas. Sin embargo, estos avances también permiten preparar y distribuir alimentos de forma más rápida y eficiente, lo que puede ser crucial en situaciones de emergencia o cuando hay muchos pacientes que necesitan ser atendidos. Finalmente, el uso de estas tecnologías permite que las cocinas de los hospitales mejoren la limpieza y la seguridad alimentaria al tiempo que reducen la posibilidad de cometer errores. El personal de enfermería y los servicios de

nutrición colaboran para asignar la dieta del paciente, es donde comienza la actividad y el flujo de información en un hospital. Estas instrucciones se envían a la cocina, donde se elaboran, sirven y emplatán.

Se aconseja optimizar el menú y las pautas dietéticas para agilizar la producción en la cocina, y hacerlo se hace sencillo haciendo un análisis previo de ambos.

2 Objetivos

- Identificar las mejoras en la salud hospitalaria que han ocurrido en las cocinas de los hospitales en los últimos años analizando cómo puede afectar 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

Después de eso, examinará los avances recientes más significativos que se han logrado. Los siguientes son algunos de los avances más significativos: El uso de tecnología punta: Las cocinas de los hospitales modernos frecuentemente emplean tecnología de punta para cocinar y preparar alimentos de manera más efectiva y segura. Esto puede incluir avances tecnológicos como sistemas de monitoreo de temperatura y electrodomésticos de cocina habilitados para Internet de las cosas. Las cocinas de los hospitales están poniendo énfasis en la seguridad alimentaria y utilizando técnicas como pasteurización y desinfección para garantizar que los alimentos sean seguros para consumir. Mayor variedad de opciones de alimentos: las cocinas de los hospitales también ofrecen una mayor variedad de opciones de alimentos en sus menús, incluidas opciones vegetarianas y veganas, para adaptarse a las necesidades y preferencias de los pacientes. Centrarse en la nutrición: En los últimos años, las cocinas de los hospitales han puesto un mayor énfasis en la nutrición y se han asociado con nutricionistas y dietistas para asegurarse de que la comida que se sirve sea nutritiva, beneficiosa para la salud y no ponga

en riesgo a los pacientes que padecen enfermedades incompatible con ciertos alimentos. Reducir la cantidad de alimentos procesados, ricos en grasas y azúcares en el menú es otro cambio que están haciendo muchas cocinas de hospitales. Uso de alimentos frescos: las cocinas de los hospitales están intentando utilizar más alimentos orgánicos y frescos en lugar de procesados, lo que puede ayudar a crear una dieta más saludable y rica en nutrientes, esto ayuda a que la cocina sea más saludable para que sea más beneficiosa a los pacientes. Otra manera de hacerla más atractiva es servir un menú especial en días señalados, como navidad, semana santa, etc.

5 Discusión-Conclusión

Todo esto permite disminuir los niveles de desnutrición clínica lo que ayuda al hospital a lograr su principal objetivo de una recuperación más rápida del paciente. Esto, a su vez, reduce la necesidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, acorta las estancias hospitalarias, previene los reingresos, reduce los costos de los medicamentos y, en última instancia, genera importantes ahorros para el hospital y el sistema de salud. Con todo ello, mejora la percepción del paciente sobre la calidad de los servicios hospitalarios a la hora de recibir su alimentación.

6 Bibliografía

1. "Assessment of hospital food service and nutrition care practices: a cross-sectional study" de M.C.S. Fonseca et al., publicado en "BMC Nutrition" en 2019. "Hospital Food Safety: A Review" de C.M.J. Adams et al., publicado en "Frontiers in Microbiology" en 2018.

Capítulo 734

CÓMO DEBE ACTUAR EL PINCHE ANTE EL EMPLATADO EN LA COCINA HOSPITALARIA

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

1 Introducción

Para realizar el emplatado correctamente y evitar errores o contaminación, es fundamental planificar, organizar y gestionar el proceso con antelación. La ocupación del plato requiere de la plena participación de cada profesional que está de turno, y esto es crucial. Esta tarea se realiza una vez finalizada la elaboración y elaboración de los distintos menús o comidas. Para garantizar que todo salga según lo estructurado y planificado para ese turno de comida, este proceso se lleva a cabo en cadena y los pinches están posicionadas y organizadas específicamente. La asignación de tareas, acoplamiento y montaje de la cinta, mantenimiento y revisión de protección de la temperatura de las mesas destinadas a productos alimenticios calientes para que no pierdan rendimiento a la hora de poder servir los alimentos, emplatado y distribución de la bandeja son todos necesarios

previo al emplatado, como ya hemos comentado. El mismo procedimiento se realiza durante cada uno de los dos turnos que se requieren para cubrir y cumplir con las necesidades de la institución hospitalaria. Esto se realiza cuatro veces al día: desayuno, almuerzo, merienda y luego cena. No debería haber lugar para sorpresas durante la fase de planificación porque un solo error puede poner en peligro el trabajo del día. Todo debe estar planificado y estructurado en este momento. El revestimiento se realiza sobre lo que comúnmente llamamos "cinta", una superficie similar a una mesa que normalmente está disponible en todos los hospitales.

2 Objetivos

Identificar y conocer la forma de trabajo y organización de la gestión a la hora de emplatar que se debe llevar a cabo por parte de los pinches.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cantidad elaborada generalmente se ajusta según las necesidades, se realiza el recuento de raciones antes de elaborarlas, pero si hay un aumento excesivo de ingresos se le debe avisar al cocinero referente para que ponga más raciones o sean cambiadas por otras para que llegue al paciente lo más parecido posible al menú elegido.

El emplatado se lleva a cabo en un área cercana a la zona de elaboración y en ella, se colocan carros apiladores de bandejas de alrededor de una cinta transportadora, carros de baños calientes y armarios calientes con los alimentos preparados calientes, carros con comidas frías (ensaladas), postres, pan y otros alimentos. El personal encargado del emplatado los prepara con suficiente antelación con los útiles adecuados para el servicio de comida, con el fin de que las operaciones de emplatado comiencen a la hora prevista sin demorar el servicio. Una vez que la

gobernanta confirma que todos los puestos están cubiertos (Pinches y Dietista) y que todos los carros y utensilios están montados correctamente dará comienzo el emplatado con la mejor profesionalidad posible para que el horario de inicio y fin del servicio cumpla con el cronograma.

El personal responsable se ubicará a ambos lados de la cinta de emplatado, deben estar lo suficientemente equipados con: guantes térmicos si están en los platos calientes, una mascarilla que cubra la nariz y la boca y un gorro que cubra todo el cabello y revisarán el alimento o utensilios que tienen en su puesto, como las bandejas, dietas, platos, menaje, etc., para que el emplatado sea lo más rápido posible, por ello deben permanecer en silencio para que les resulte fácil escuchar.

La dietista examinará la bandeja de comida con la tarjeta del menú y si está todo correcto se cerrarán las bandejas y se pondrán en el carro donde posteriormente la pinche subirá a la planta a repartirlas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, enfatizamos la importancia de esta cadena de chapado y la necesidad de que cada miembro actúe de manera adecuada y productiva. Aunque esto dependerá del número de pacientes presentes en ese momento, se estima que esta línea de montaje de bandejas o cintas tardará entre una hora y una hora y media en completarse. En cuanto al número de asistentes mencionado anteriormente, no hace falta decir que también dependerá del número de empleados o del número de camas de la instalación donde se realiza el trabajo. Respecto a las funciones del personal allí destinado, es fundamental que cumplan con las normas de higiene, las pautas y el método de trabajo establecido por el ayudante de cocina para que todo funcione correctamente y el servicio de comida no se vea afectado.

6 Bibliografía

1. www.ayudante de cocina-educaweb.com.
2. <https://www.institutomaspascualsanz.com>.
3. <https://asgscampogibraltaroeste.es> (pdf).
4. <https://congresosicepa.com>.

Capítulo 735

GESTIÓN DE LA CALIDAD POR EL PINCHE DE LA COCINA DE LOS HOSPITALES

EVA MARIA MORENO ESCUDERO

PATROCINIO ALFARO GARCIA

ISABEL MORENO SÁEZ

NIEVES GÓMEZ ZAPATA

MARÍA JOSÉ CIFUENTES CORBELLAS

1 Introducción

La calidad es una cualidad innata de cualquier cosa que permite valorarla en comparación con otras cosas de su tipo. Sin embargo, también se refiere a la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las demandas y expectativas de los clientes. Por tanto, cómo se define este concepto depende en gran medida de la situación en la que nos encontremos. Para conseguir altos niveles de calidad, ambos deben cumplir con las expectativas del consumidor, en este caso el paciente, en el caso de la hostelería y más concretamente en el caso de la hospitalidad. Para lograr la satisfacción del paciente se requiere de una planificación que establezca las metas y estándares para cada etapa del proceso productivo así como del servicio. Esta planificación se conoce como “Plan de Calidad”, el cual debe ser rígido y revisado constantemente para lograr la mejora continua.

Esta estrategia emplea tres tipos diferentes de medidas para intentar prevenir la insatisfacción del cliente: 1. Prevenir fallos, de forma preventiva. Detección de riesgos y puntos críticos). 2. Correctivo (resolución de problemas). 3. Control y verificación (asegurar que se cumplan los estándares de calidad en todas las etapas del proceso y que las acciones correctivas y preventivas estén funcionando según lo previsto). Lograr la calidad del producto (los alimentos que recibe el paciente) implica que: - Estos cumplan con las expectativas. - Que mantengan las cualidades nutricionales a la hora de crear dietas saludables. - Que proporcionen una garantía de higiene, que incluya una correcta manipulación y conservación durante todo el proceso. - Que tengan las habilidades y conocimientos necesarios para adquirirlos. Ofrecer un servicio de restauración hospitalaria de alto nivel requiere: -Que se realice en condiciones sanitarias y tecnológicamente sólidas. - Mejores prácticas, atención adecuada al paciente y garantía de que se respeten los horarios de las comidas. Para ello se establecerán estándares mínimos de materias primas, en la conservación, en los procedimientos, en la calidad del producto terminado.

2 Objetivos

Conocer los aspectos generales que se deben tener en cuenta para alcanzar la calidad en la cocina hospitalaria, destacando el papel del pinche de cocina en la calidad de la alimentación del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Numerosos estudios apoyan la idea de que la importancia del servicio de restauración en el ámbito hospitalario es cada vez mayor. De ser un servicio más del hospital, la cocina ahora se considera crucial para la recuperación del paciente.

Ahora entendemos que los factores no relacionados con la salud tienen un impacto mayor de lo que se pensaba anteriormente en la capacidad de recuperación de los pacientes hospitalizados. El ambiente hospitalario, la atención brindada por el personal, el clima y la dieta del paciente tienen un impacto en la recuperación del paciente. Aunque es bien sabido que los pacientes que se recuperan de una enfermedad suelen tener menos apetito y con frecuencia ven la comida como una imposición, la experiencia nos ha enseñado que mejorar los servicios de catering proporcionados por los hospitales puede ayudar a los pacientes a comer mejor. Está demostrado que aspectos aparentemente insignificantes de la preparación o servicio de los alimentos, como una buena presentación de los alimentos, la puntualidad en el servicio de las comidas, que lleguen a la temperatura adecuada, u otras acciones más novedosas, como la opción de seleccionar un menú, consiguen en algunos casos que la comida servida a los pacientes sea cada día más valiosa, responda mejor a sus expectativas y, en consecuencia, sea más aceptada, permitiéndole tener el impacto necesario. Es decir, la aceptación de la comida por parte del paciente aumenta con la calidad del servicio de catering hospitalario. La comida será más apetecible y de mayor calidad, lo que aumentará la probabilidad de que el paciente coma mejor y, en consecuencia, la dieta (que recomienda el médico como parte del tratamiento) tendrá una mayor influencia y conseguirá los efectos deseados en su recuperación. Tanto la comida como el servicio se acercarán, en la medida de lo posible, a tus expectativas.

5 Discusión-Conclusión

Conseguir la calidad total en el servicio de restauración hospitalaria es fundamental para la recuperación del paciente. Una alimentación de alta calidad aportará al paciente las vitaminas y minerales que necesita para una dieta equilibrada, el número de calorías necesarias para sus necesidades físicas, alimentos seguros, alimentos con olor y textura agradable, alimentos presentados adecuadamente para hacerlos más apetecibles, y atención adecuada al personal responsable de prepararlo y servirlo. Dado que cada empleado es responsable de las tareas que realiza en su puesto y de asegurarse de que cumplen con los requisitos establecidos, el ayudante de cocina juega un papel fundamental en prácticamente cada paso del proceso. El chef tiene una amplia gama de responsabilidades en la cocina del hospital, por lo que es crucial en la recepción de materias primas, en su conservación, en la preparación de algunos alimentos, en la limpieza, en el emplatado y en la presentación final de los alimentos. Por ello, es fundamental que los asistentes reciban la formación e información adecuada sobre el Plan de Calidad para

poder aplicar correctamente los criterios establecidos en cada fase del proceso, minimizar los errores, identificar los problemas y registrarlos, comunicarlos o solucionarlos según sea necesario y adecuado para que puedan cumplir con un alto nivel cada una de sus tareas y, con ello, contribuir a la calidad general del proceso junto con el resto de profesionales implicados en la alimentación hospitalaria.

6 Bibliografía

1. MAD. Gestión hostelera. Alimentación: procesos funcionales.
2. Hernández MF, Placencia CD, Martín GI. Temas de nutrición. Dietoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Herrera Úbeda, Miguel Ángel (Hospital General Universitario Gregorio Marañón). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.

Capítulo 736

EL PACIENTE CON TUMOR CEREBRAL Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

1 Introducción

Un tumor cerebral es una masa anormal de células que crece dentro del cerebro o sus estructuras circundantes. Estos tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos), y su desarrollo puede afectar la función cerebral normal y el bienestar del paciente.

Los tumores cerebrales benignos generalmente crecen lentamente y no invaden los tejidos circundantes de manera agresiva. Sin embargo, pueden causar síntomas si ejercen presión sobre áreas específicas del cerebro o si obstruyen el flujo normal de líquido cefalorraquídeo. En contraste, los tumores cerebrales malignos

son más agresivos y pueden invadir tejidos circundantes, lo que los hace más difíciles de tratar. Ambos tipos de tumores cerebrales pueden causar una variedad de síntomas, como dolores de cabeza persistentes, cambios en la visión, problemas de equilibrio, convulsiones, debilidad en un lado del cuerpo y alteraciones cognitivas.

El diagnóstico y tratamiento de los tumores cerebrales involucran una evaluación médica completa, que puede incluir imágenes cerebrales como la resonancia magnética o la tomografía computarizada, biopsias y otros estudios. El tratamiento puede variar desde la observación vigilada en el caso de tumores benignos pequeños hasta la cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de estos en casos de tumores malignos.

Un tumor cerebral es una masa de células anormales que crece en el cerebro o sus estructuras circundantes. Pueden ser benignos o malignos y, en ambos casos, pueden causar una variedad de síntomas que afectan la función cerebral normal. El diagnóstico y el tratamiento son fundamentales para abordar estos tumores y mejorar la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que realiza durante la atención a pacientes con tumor cerebral.

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 como Pubmed o Google Scholar, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el cuidado de pacientes con tumores cerebrales, ya que su apoyo y atención son fundamentales para el bienestar de estos pacientes. A continuación,

se describen algunas de las funciones clave que un TCAE realiza en el cuidado de pacientes con tumor cerebral:

Monitorización continua: Los TCAE deben llevar a cabo una vigilancia constante del paciente. Esto incluye la observación de signos vitales como la presión arterial, el pulso y la respiración, así como la evaluación de cualquier cambio en el estado neurológico, como debilidad, alteraciones en la visión o convulsiones. Esta monitorización es esencial para detectar cualquier deterioro en la condición del paciente.

Asistencia en las actividades de la vida diaria: Los pacientes con tumores cerebrales pueden experimentar dificultades en las actividades cotidianas debido a los síntomas neurológicos. Los TCAE pueden proporcionar apoyo en la alimentación, el baño, la movilización y otras tareas esenciales para mantener la calidad de vida del paciente.

Administración de medicamentos: Los pacientes con tumores cerebrales pueden requerir una variedad de medicamentos, como analgésicos, anticonvulsivos o esteroides. Los TCAE pueden ayudar en la administración de estos medicamentos, asegurándose de que se tomen de manera adecuada y en los horarios correctos.

Apoyo emocional: El diagnóstico de un tumor cerebral y el tratamiento asociado pueden ser emocionalmente abrumadores. Los TCAE deben brindar apoyo emocional al paciente y a sus familias, escuchando sus preocupaciones y proporcionando consuelo en momentos difíciles.

Colaboración en la movilización segura: Los pacientes con tumores cerebrales pueden estar en riesgo de caídas debido a debilidad o alteraciones en la coordinación. Los TCAE pueden ayudar a movilizar al paciente de manera segura, utilizando dispositivos de apoyo si es necesario.

Educación al paciente y la familia: Proporcionar información sobre el tumor cerebral, el tratamiento y las medidas preventivas. Educar al paciente y su familia sobre los signos de alarma y cuándo buscar atención médica urgente.

Colaboración en la rehabilitación: En algunos casos, los pacientes con tumores cerebrales pueden necesitar terapia de rehabilitación para recuperar la función. Los TCAE pueden colaborar en la implementación de ejercicios y técnicas recomendados por terapeutas ocupacionales o físicos.

Comunicación con el equipo de atención: Mantener una comunicación efectiva

con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para informar sobre el estado del paciente y coordinar la atención de manera integral.

El TCAE juega un papel crucial en el cuidado de pacientes con tumor cerebral al proporcionar monitorización continua, asistencia en actividades diarias, administración de medicamentos, apoyo emocional y educación. Su trabajo en equipo con otros profesionales de la salud es esencial para brindar una atención completa y centrada en el paciente, mejorando así la calidad de vida de quienes enfrentan esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Al cuidar a pacientes con tumor cerebral, es esencial que como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), trabajemos en equipo de manera coordinada y compasiva. En primer lugar, fomentemos la comunicación efectiva y constante con nuestros compañeros de equipo. Mantengamos una actualización regular sobre el estado del paciente y cualquier cambio significativo en su condición para garantizar una atención integral y oportuna.

En segundo lugar, recordemos la importancia de brindar un apoyo emocional mutuo. El cuidado de pacientes con tumor cerebral puede ser desafiante tanto para el paciente como para el personal de salud. Apoyémonos y ofrezcamos una red de apoyo para sobrellevar las situaciones difíciles. Trabajando juntos con empatía y colaboración, podemos proporcionar un cuidado de alta calidad y contribuir al bienestar de los pacientes que enfrentan esta enfermedad.

6 Bibliografía

Contreras, L. E. (2017). Epidemiología de tumores cerebrales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 332-338.

Capítulo 737

EL PACIENTE CON SEPSIS GENERAL Y LA ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

JOSÉ MANUEL ORTIZ HERNÁNDEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ CHUECO

KIOWA LÓPEZ -REY GÓMEZ

ELENA ROJAS RODRÍGUEZ

FRANCISCO JAVIER BLÁZQUEZ PASCUAL

1 Introducción

La sepsis, comúnmente conocida como "infección en la sangre", es una respuesta sistémica del cuerpo a una infección. Esta afección ocurre cuando el sistema inmunológico del organismo reacciona de manera exagerada ante una infección, lo que puede llevar a una cascada de eventos que afectan gravemente la función de los órganos y sistemas vitales.

La sepsis generalmente se inicia cuando el cuerpo responde a una infección bacteriana, viral, fúngica o parasitaria. En lugar de limitar la infección a la zona donde comenzó, el sistema inmunológico libera una serie de sustancias químicas que

causan una inflamación generalizada. Esta respuesta inflamatoria puede afectar negativamente a los tejidos y órganos, causando daño celular y dificultando el flujo sanguíneo. La sepsis puede progresar a una etapa más grave llamada shock séptico, donde la presión arterial disminuye peligrosamente y los órganos pueden fallar.

Los síntomas de la sepsis pueden incluir fiebre o hipotermia, frecuencia cardíaca rápida, respiración acelerada, confusión, presión arterial baja, dificultad para orinar y otros signos de disfunción orgánica. La sepsis es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato en un entorno hospitalario, a menudo con antibióticos y otras medidas de soporte vital.

La sepsis es una respuesta inmunitaria descontrolada a una infección que puede llevar a una inflamación generalizada y disfunción de órganos. Es una afección grave que requiere atención médica urgente y puede tener consecuencias potencialmente mortales si no se trata adecuadamente. La detección temprana y el tratamiento son cruciales para mejorar las posibilidades de recuperación en pacientes con sepsis.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia en los casos de sepsis.

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 como Pubmed o Google Scholar, posteriormente se ha revisado nuestra publicación de forma empírica.

4 Resultados

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es de vital importancia en el cuidado del paciente con sepsis general, ya que su contribución es esencial para el manejo adecuado de esta afección grave. A continuación, se

describen algunas de las funciones clave que un TCAE realiza en el cuidado de pacientes con sepsis general:

Monitorización continua: El TCAE debe realizar una vigilancia constante de los signos vitales del paciente, incluyendo la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. La sepsis puede causar cambios rápidos en estos indicadores, por lo que una monitorización constante es esencial para detectar cualquier deterioro en la condición del paciente.

Asistencia en la administración de medicamentos: Los pacientes con sepsis general a menudo requieren la administración de antibióticos y otros medicamentos intravenosos. El TCAE puede ayudar en la preparación y administración de estos medicamentos, garantizando que se administren de manera correcta y oportuna.

Cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión: Los pacientes con sepsis general a menudo están postrados en cama durante períodos prolongados. El TCAE debe realizar cambios de posición regularmente, asegurando que el paciente esté cómodo y evitando la formación de úlceras por presión.

Mantenimiento de la higiene y comodidad del paciente: Proporcionar cuidados de higiene, cambio de ropa de cama y asistencia con la movilización del paciente. Esto contribuye a la comodidad del paciente y a la prevención de complicaciones.

Soporte emocional: La sepsis general puede ser una experiencia angustiante tanto para el paciente como para la familia. El TCAE debe ofrecer apoyo emocional, escuchando las preocupaciones y proporcionando un ambiente de cuidado compasivo.

Colaboración en la movilización temprana: En muchos casos, se recomienda la movilización temprana de pacientes con sepsis para prevenir complicaciones. El TCAE puede colaborar con el personal de enfermería en la movilización segura del paciente, si es posible según su condición.

Documentación precisa: Registrar de manera precisa la información relacionada con el paciente, incluyendo signos vitales, medicamentos administrados y cambios en la condición. Esto es crucial para el seguimiento y la toma de decisiones médicas.

Colaboración en la comunicación: Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica, incluyendo enfermeras y médicos, para informar sobre el estado del paciente y cualquier cambio significativo en su condición.

El TCAE desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente con sepsis general al proporcionar monitorización continua, asistencia en la administración de medicamentos, cuidados de higiene y confort, apoyo emocional y colaboración en la movilización temprana. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud es fundamental para brindar una atención integral y mejorar las posibilidades de recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando cuidamos a pacientes con sepsis general, es crucial recordar que nuestro trabajo como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental en el equipo de atención médica. Mi recomendación para nuestros compañeros es que mantengamos una comunicación constante y efectiva entre nosotros y con el personal de enfermería y médicos. La sepsis puede ser impredecible, y compartir información sobre cualquier cambio en los signos vitales o el estado del paciente es esencial para tomar decisiones informadas y brindar una atención de calidad.

Además, debemos ser pacientes, compasivos y brindar un apoyo emocional sólido tanto al paciente como a sus familias. La sepsis puede ser una experiencia aterradoradora, y nuestro cuidado compasivo puede marcar la diferencia en el bienestar del paciente. Trabajando juntos como un equipo coordinado y empático, podemos ofrecer el mejor cuidado posible a aquellos que luchan contra la sepsis, mejorando sus posibilidades de recuperación.

6 Bibliografía

Martín-Ramírez, J. F., & Domínguez-Borgúa, A. (2014). Sepsis. *Medicina interna de México*, 30(2), 159-175.

Capítulo 738

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA COLOCACIÓN DE UN MARCAPASOS

MARÍA DEL CARMEN LENDÍNEZ SÁNCHEZ

JULIÁN GARCÍA CONSUEGRA GALLEGO

RICARDO CARBONELL DE LA ROSA

OLGA MANRIQUE ROJAS

ASUNCION NAVAS ROMA

1 Introducción

Una unidad de marcapasos es una parte integral de la atención médica para pacientes con trastornos del ritmo cardíaco. Estas unidades están diseñadas para diagnosticar, implantar y dar seguimiento a marcapasos cardíacos, dispositivos médicos que ayudan a regular el ritmo cardíaco anormal.

En una unidad de marcapasos, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud trabaja en conjunto. Esto incluye a cardiólogos, cirujanos cardíacos, enfermeras especializadas y técnicos capacitados. Su principal objetivo es evaluar a los pacientes que pueden necesitar un marcapasos, realizar procedimientos de implantación, y dar seguimiento a aquellos que ya tienen uno.

La evaluación inicial en la unidad implica pruebas diagnósticas como electrocardiogramas y monitoreo Holter para identificar trastornos del ritmo cardíaco. En el caso de pacientes que requieren un marcapasos, se lleva a cabo una cirugía de implantación que suele ser un procedimiento seguro y efectivo.

Después de la implantación, la unidad de marcapasos se encarga del seguimiento continuo de los pacientes. Esto implica ajustar los parámetros del marcapasos según las necesidades individuales, realizar pruebas de control y brindar educación a los pacientes sobre cómo cuidar su dispositivo.

Una unidad de marcapasos es un componente esencial de la atención médica cardíaca que se dedica a diagnosticar, implantar y dar seguimiento a marcapasos cardíacos para garantizar el funcionamiento cardíaco adecuado y la calidad de vida de los pacientes con trastornos del ritmo cardíaco. El trabajo en equipo y la experiencia técnica son esenciales para su funcionamiento exitoso.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las tareas que son de su competencia en la colocación de un marcapasos.

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 una unidad de marcapasos es de suma importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad, así como el bienestar de los pacientes.

Las funciones del celador en esta unidad pueden variar, pero aquí se describen algunas de las responsabilidades clave:

- Recepción y orientación de pacientes:

El celador recibe a los pacientes que llegan a la unidad, los saluda y les proporciona información sobre el proceso de evaluación y seguimiento de marcapasos. Esto ayuda a aliviar la ansiedad y a crear un ambiente acogedor.

- Asistencia en la preparación de procedimientos:

El celador puede ayudar en la preparación de los pacientes antes de los procedimientos de implantación o revisión de marcapasos. Esto incluye asegurarse de que los pacientes estén vestidos adecuadamente y que se les haya retirado cualquier objeto metálico que pueda interferir con los dispositivos.

- Transporte de pacientes:

El transporte seguro de los pacientes a las áreas de procedimiento o de revisión es una función clave del celador. Esto puede incluir llevar a los pacientes en camillas o sillas de ruedas y garantizar que lleguen a tiempo a sus citas.

- Asistencia durante los procedimientos:

Durante la implantación o revisión de marcapasos, el celador puede estar presente para brindar apoyo al personal médico y al paciente. Esto puede incluir proporcionar instrumentos o suministros necesarios y ayudar en tareas logísticas.

- Mantenimiento del orden y la limpieza:

El celador se encarga de mantener el área de trabajo y las salas de procedimiento limpias y ordenadas. Esto es esencial para mantener un entorno seguro y libre de infecciones.

- Apoyo emocional a los pacientes:

La unidad de marcapasos puede ser un lugar de ansiedad para los pacientes. El celador puede desempeñar un papel importante al ofrecer apoyo emocional, escuchar las preocupaciones de los pacientes y brindar compañía cuando sea necesario.

- Manejo de equipos y suministros:

El celador debe asegurarse de que los equipos médicos y los suministros necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento. Esto incluye mantener un inventario adecuado y reportar cualquier problema de mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen funcionamiento durante la implantación de un marcapasos, es esencial que el celador esté completamente preparado y sea proactivo en su apoyo al equipo médico. En primer lugar, hay que verificar minuciosamente que todos los equipos y suministros estén disponibles y en condiciones óptimas antes del procedimiento. Asegurarse de que la sala de procedimientos esté limpia y ordenada, y de que los dispositivos de emergencia estén listos para su uso. Además, mantener una comunicación clara y constante con el personal médico y de enfermería permite coordinar la logística y estar al tanto de cualquier necesidad adicional.

En segundo lugar, durante la implantación, la presencia del celador y apoyo son esenciales, asistiendo en la preparación del paciente, ayudando con la movilización si es necesario, y proporcionando cualquier instrumento o suministro solicitado de manera eficiente. Mantener una actitud tranquilizadora y compasiva hacia el paciente, brindándole apoyo emocional cuando sea necesario. Al seguir estos pasos, se contribuye significativamente al éxito del procedimiento y al bienestar general del paciente.

6 Bibliografía

1. Álvarez-Ude, Fernando. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2001, vol. 14, p. 64-68.